

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y FRECUENCIA DE CANCER DE
CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS
HOSPITALES REGIONALES DE CHIMALTENANGO Y CUILAPA,
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A
1995.**

Tesis presentada por:

Elena Beatriz Mack Echeverría

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala , agosto de 2004

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. Cesar Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Pedro José Asturias Sueiras
Vocal Quinto:	Br. Carlos Iván Dávila Alvarez
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Alejandro Ruiz Ordoñez
Vocal Segundo:	Dr. Miguel Arriaga Franco
Vocal Tercero:	Dr. Henry Cheesman Mazariegos
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

porque en cada paso que he dado para salir adelante lo he tenido a mi lado brindándome bendiciones e iluminando mi vida.

A LA VIRGEN MARIA

porque ella ha guiado mis pasos y me ha dado fortaleza para seguir adelante.

A MIS PADRES

porque nunca dejaron de creer en mi, y con su ejemplo y su amor incondicional me enseñaron a nunca darme por vencida de alcanzar mi sueño. Sin su ejemplo y apoyo no estaría en donde estoy

A MI ESPOSO

porque ha acompañado con amor y paciencia desde el inicio de mi carrera todas mis alegrías y tristezas, siempre me alentaste a seguir adelante a pesar de todo. Gracias, Julio por tu apoyo, tu sacrificio y esfuerzo para poder alcanzar este sueño.

A MIS HIJOS

Maria José, Julio Andrés y Gabriela, ustedes han sido parte del motivo para seguir adelante, espero que nunca se den por vencidos en las adversidades, siempre luchen por alcanzar su sueño, que yo siempre estaré aquí para apoyarlos, espero que ustedes inicien en donde yo termino y que el infinito sea su meta.

A MIS ABUELITAS

gracias por sus sabios consejos y su amor. Porque su gran amor a la vida me alienta para seguir adelante.

A MIS HERMANOS

Luis Fernando, Jorge Mario, Teófilo Humberto gracias porque ustedes también han sido fuente de inspiración y superación, han estado a mi lado cuando los he necesitado.

A MI HERMANA

Silvia Carolina gracias por tu amor, siempre me has acompañado a mi y a mis hijos en las buenas y en las malas.

A MIS CUÑADAS

Isabel y Mireya gracias por su apoyo y sus oraciones.

A LA FAMILIA CHOY MALDONADO

gracias por el apoyo, comprensión y aliento a lo largo de mi carrera.

A MIS AMIGOS

especialmente a Gaby , Jessica, Marcia, Paola, Marielos Anibal y Héctor gracias por su amistad.

A MI MAESTRO Y AMIGO

El reverendo Jesús Navascués gracias por sus oraciones y consejo espiritual.

A MIS CATEDRÁTICOS

Gracias por sus consejos especialmente al Dr. Guillermo Escobar, Dr. Guillermo Ordóñez, Dr. Marvin Maas, Dr. Linton Grajeda, Dr. Estuardo Vaidez.

A MI ASESOR Y A MIS REVISORES DE TESIS

Gracias por sus consejos.

A MIS COMPAÑEROS DE EPS

En especial a Luz de Maria, Lorena y Rogelio éxitos en su vida profesional.

TESIS QUE DEDICO

A: DIOS

A: LA VIRGEN MARIA

A: MI FAMILIA

A: MI PATRIA

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A: MIS CATEDRÁTICOS

A: MIS AMIGOS

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:
Características CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE CÁNCER DE CABEZAY
CUELLO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES
REGIONALES DE CUILAPA Y CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A 1995, conforme lo demandan
los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer a todas aquellas personas que colaboraron y apoyaron la
realización de este trabajo de investigación, y vosotros distinguidos miembros del
HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR, aceptad las muestras de mi mas alta
consideración y respeto.

INDICE

▪ SUMARIO	1
▪ INTRODUCCIÓN	4
▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
▪ CONCEPTO DEL PROBLEMA	7
▪ JUSTIFICACIÓN	8
▪ REVISIÓN DE LITERATURA	10
▪ OBJETIVOS	64
▪ DEFINICIÓN DE VARIABLE	66
▪ INDICADORES DE VARIABLES	68
▪ METODOLOGÍA	70
▪ PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE CUILAPA Y CHIMALTENANGO	77
▪ DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DE CUILAPA Y CHIMALTENAGO	116
▪ DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTE- NANGO Y ZACAPA	120
▪ CONCLUSIONES	140
▪ RECOMENDACIONES	143
▪ LIMITACIONES	144
▪ ANEXOS	145
▪ BIBLIOGRAFÍA	151

SUMARIO

En la actualidad el cáncer sigue siendo una enfermedad que preocupa a la ciencia, por ser causa de muerte y enfermedad, por lo cual se considera de utilidad conocer sus manifestaciones clínicas edades sexo grupo étnico y que tipos de tratamiento son utilizados en nuestro medio para tratar dicha enfermedad. El siguiente estudio clínico patológico se efectuó con el objeto de determinar las Características clínicas y frecuencia de cáncer de cabeza y cuello en pacientes atendidos en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango, durante el periodo de 1986 a 1995, el cual fue realizado utilizando los archivos patológicos de dichos Hospitales, así como las fichas clínicas que corresponden a los pacientes que han sido atendidos en ambas instituciones. Para esto se revisaron los registros histopatológicos en ambas instituciones localizándose un total de 100 casos diagnosticados como neoplasias malignas de cabeza y cuello durante los 10 años antes mencionados, de los cuales 56 casos pertenecían al departamento de Cuilapa y 44 casos al departamento de Chimaltenango. En donde fue posible localizar las historias clínicas correspondientes a los pacientes diagnosticados con algún tipo de neoplasia maligna de cabeza y cuello.

De los datos obtenidos se determinó que las edades más afectadas pertenecían al rango de edad entre los 51 a 60 años (28.5%) en el departamento de Cuilapa y de 61 a 80 años (50%) en el departamento de Chimaltenango. En el departamento de Cuilapa se encontró igual distribución de pacientes del sexo masculino y femenino (50%), y para el departamento de Chimaltenango se encontró que el sexo masculino fue el más afectado (63.6%). También se encontró que en estos departamentos las neoplasias malignas de mayor frecuencia fueron: el Carcinoma Epidermoide (41.9%), seguido en segundo lugar por el Carcinoma Basocelular (40.3%).

De estos casos encontrados el 81 % eran personas de origen ladino y el 19% pertenecían a la etnia indígena, en ambas poblaciones; y las ocupaciones con mayor frecuencia encontramos en primer lugar al ama de casa en un 50.7 %, seguida por el agricultor en un 28.2 % del total de casos para ambos departamentos.

La localización más frecuente para estas neoplasias fue en piel de cara (58.7%), para el carcinoma Basocelular. Intraoralmente encontramos al carcinoma Epidermoide distribuido de la siguiente forma: piso de boca, encía, lengua y paladar (41.9%).

Con relación a la clasificación histológica se observó una alta frecuencia de Carcinomas grado I y II, 64% en el departamento de Cuilapa y en Chimaltenango fue el grado II el de mayor porcentaje con un 44.4% del total de casos.

La presentación clínica en su mayoría fue lesiones de tipo exofítica (cualquier tumor, nódulo o pápula encontrado) con un 69.6% de todos los casos, a su vez el dolor fue el hallazgo clínico más frecuentemente referido por los pacientes con un 49.4%. Los hábitos más frecuentemente referidos fueron tabaco con un 69.1% y alcohol con un 30.8%. Sin embargo es un dato incompleto debido a que no en todas las fichas clínicas se encontraba anotado este dato.

El tratamiento más frecuentemente utilizado para casos de cáncer de cabeza y cuello en el departamento de Cuilapa fue la Cirugía (47%) y en el departamento de Chimaltenango fue la Radioterapia (46.7 %).

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un fenómeno biológico mal entendido, en ocasiones difícil de diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares. Aunque podría considerarse que es una minoría de las entidades patológicas que el odontólogo ve, se considera que es importante que esté familiarizado con dicha entidad la cual posee la capacidad de poner en peligro la salud y longevidad del paciente, para que al momento de encontrarla sea capaz de instituir el tratamiento adecuado o pueda referir al paciente con un especialista.

Esta investigación se planteó con el afán de conocer las edades, sexos, ocupación, tipo de tratamiento, manifestaciones clínicas y tipo de neoplasia maligna que predomina en nuestro país; ya que las bibliografías extranjeras nos pueden dar cierta luz del problema, pero nuestra gente, el medio en que vivimos y nuestras costumbres difieren de las de otros países.

Este estudio se planteó en el ámbito de ocho departamentos del país, del cual este estudio forma parte, el cual está dirigido específicamente a los archivos de los pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello, atendidos en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido de 1986 a 1995. Con esta investigación se establecerán las características clínicas y la frecuencia de las neoplasias malignas de cabeza y cuello que afectaron a estas poblaciones guatemaltecas durante dichos años.

Se espera que la recopilación que se presenta a continuación sea de ayuda epidemiológica para su divulgación, elaboración de planes en el ámbito nacional y poder así realizar investigaciones que ayuden a combatir el cáncer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El odontólogo general guatemalteco que se desenvuelve en un medio con características propias de los países en vías de desarrollo, carece de información nacional acerca de datos clínico – epidemiológicos de la patología bucal, lo cual obliga a que la docencia durante la formación del odontólogo se base en referencias extranjeras que no constituyen un reflejo real de la patología guatemalteca.

El odontólogo en el ejercicio de su práctica diaria puede encontrarse con cuadros de hallazgos bucales clínicos que podrían asociarse a cualquier tipo de neoplasia maligna, para lo cual debe estar en plena capacidad de diagnosticar precozmente procesos malignos que afecten cabeza y cuello.

Se estudió a la población de los departamentos de Cuilapa y Chimaltenango.

Esta investigación se basa en la necesidad de responder la siguiente interrogante: ¿ Qué características clínicas y frecuencia tienen el cáncer de cabeza y cuello, en pacientes atendidos en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido entre los años de 1986 a 1995?

CONCEPTOS DEL PROBLEMA

Cáncer: Neoplasia maligna celular cuyas características únicas (pérdida de los mecanismos de control normales) tienen como resultado un crecimiento sin regulación, ausencia de diferenciación y capacidad de invadir los tejidos locales y de metástasis.

Características clínicas: Son el conjunto de rasgos clínicos y radiológicos con que se presenta o se da a conocer una enfermedad distinguiéndose de las demás en un determinado momento.

Frecuencia: Se llama al conjunto de datos reunidos en forma que pueden apreciarse inmediatamente sus particularidades, estadísticamente hablando la podemos definir como el número de veces que tiene lugar un suceso o la cantidad de veces que se repite.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una entidad con posibles manifestaciones clínicas en cabeza y cuello, siendo necesario que el estomatólogo los conozca para poder ayudar a orientar el diagnóstico y a la vez orientar al paciente hacia los profesionales que puedan ayudarlo a resolver este procedimiento.

Por lo tanto el presente estudio se basa en la necesidad de conocer las características clínico epidemiológicas del cáncer de cabeza y cuello, con el objeto de obtener datos que muestran de la manera mas próxima la magnitud de este problema en nuestro medio, lo cual proporcionará información de utilidad para la búsqueda de posibles soluciones y permitirá el desarrollo de una mejor docencia durante la formación del odontólogo en el campo de la patología bucal.

A la vez proporcionará información a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre características clínico – epidemiológicas de cáncer de cabeza y cuello en nuestro país para ampliar los

conocimientos del odontólogo general guatemalteco a través del enriquecimiento del pensum de estudio, con datos que reflejen la realidad nacional.

REVISION DE LITERATURA

Una parte importante de la odontología es el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, ya que el dentista desempeña un papel de importancia en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Aunque los tumores sólo constituyen una parte de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de suma importancia puesto que poseen una potente capacidad para poner en peligro la salud y vida del paciente (20).

Las neoplasias son un fenómeno biológico malentendido, en ocasiones no se puede diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares. Aunque no hay una definición precisa de neoplasia, sin excepción, con frecuencia se le considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estímulo que produjo la lesión. (20)

“Para comprender al paciente con cáncer, se debe entender la patología del mismo”.

Entre las definiciones de cáncer encontramos:

- Tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento normal están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo. (6)

- Una enfermedad espontáneamente auto agresiva de un tejido, iniciada por una mutación genética, ocurrida al azar en una célula madre. (19)

La presente revisión de literatura comprenderá varios aspectos:

- I.** Etiología
- II.** Características clínicas.
- III.** Clasificación
- IV.** Epidemiología
- V.** Epidemiología Nacional.
- VI.** Manejo y tratamiento
- VII.** Consideraciones en el manejo del paciente y el tratamiento.
- VIII** Resultados y pronóstico

I. ETIOLOGIA

Independientemente de los intentos de definición de cáncer, un grupo de hechos básicos deben tenerse en cuenta:

- Las neoplasias pueden originarse solo de células con capacidad de proliferar.
- Las células tumorales no se “desdiferencian”
- Los cánceres pueden surgir como consecuencia de una variedad de estímulos (químicos, físicos o virales y otros), requiriéndose por lo general un prolongado período de latencia.
- Las neoplasias son generalmente multicéntricas dentro del mismo tejido, por ejemplo en la incidencia de cáncer de mama bilateral y multifocal.
- La hiperplasia y displasia preceden a menudo el desarrollo de muchos tumores en meses y años. (El reconocimiento y la terapia adecuada en este estadio, pueden prevenir muchos cánceres).
- Las células cancerosas pueden permanecer por períodos prolongados.
- Pocas son las neoplasias que regresan espontáneamente. El comportamiento biológico, puede ser modificado por inmunología, hormonas y quimioterapia.

- No se han identificado diferencias desde el punto de vista ultraestructural y bioquímico, que establezca distinción entre las células normales y las malignas.
- Las células de algunos tumores sólidos pueden “replicarse” mas lentamente que las células normales coexistentes. (19)

Mas de 270 tipos de neoplasias humanas han sido reconocidas y definidas histológicamente, pudiendo ser infinito el grado de variabilidad dentro de un solo tumor, sin embargo es más importante reconocer que la enfermedad que llamamos cáncer, se determina más por el permanente cambio del estado reactivo del huésped, que por las características histololíticas de las células cancerosas del tumor. Es decir que existen tantas neoplasias, como pacientes que las desarrollan. Por consiguiente el cáncer no debe ser mirado como una entidad nosológica sino solamente como un término tradicional para describir un proceso neoplásico. El aspecto clínico de este proceso es casi infinito, y va desde muerte rápida a regresión espontánea. Los síntomas y signos dependerán principalmente de la localización del tumor en cada paciente. Debe ser enfatizado que el siempre cambiante medio externo e interno del huésped juegan un papel muy importante en la iniciación o progresión del desarrollo del neoplasma. Una variedad de neoplasias puede ser prevenida si utilizamos los conocimientos acumulados disponibles. (6)

La causa exacta del cáncer oral es desconocida. El único factor conocido es que en cierto tiempo un número de células o una célula pueden empezar a crecer incontroladamente, esta capacidad de crecimiento desordenado continua en las células hijas, las cuales tienen la capacidad de duplicarse, y en veinte generaciones habrán formado mas de un millón de células. A continuación se describen varios mecanismos que pueden tener como resultado dicha transformación maligna. (18)

Edad : Es quizá el factor etiológico más importante, por el tiempo necesario para que se desarrolle una neoplasia.

Sistema inmune: La efectividad inmune y su competencia disminuyen con la edad. El sistema inmune puede crear un mayor riesgo de cáncer en dos situaciones, cuando el individuo tiene defectos congénitos y cuando éste ha sido suprimido por quimioterapia. Ejemplo : en el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), donde los pacientes presentan un gran índice de presencia de Sarcoma de Kaposi y de Carcinoma escamoso oral.

Tabaco : Este es un factor muy importante en el desarrollo de cáncer bucal, mas de 500 sustancias han sido catalogadas como carcinógenos. La nicotina es el componente farmacológico más importante. Sin duda estas sustancias contribuyen a la irritación de las mucosas producida por el tabaco y su humo, el polonio 210 y el níquel han sido identificados en el humo del tabaco y se les ha

achacado participación causal en la inducción del cáncer pulmonar. El tabaco es un agente de alto riesgo no solo por sus componentes, sino por la irritación que produce, capaz de causar alteraciones. El riesgo de contraer cáncer, de los fumadores, con los no fumadores es de cinco veces más. El uso del tabaco en el siglo XX parece ser la causa de que el carcinoma pulmonar sea el cáncer más corriente entre varones. Estudios semejantes han comprobado relación entre el consumo de cigarros y el cáncer de cavidad bucal, laringe, esófago y los epitelomas de la mucosa.

En los últimos años, el intento por escapar de los peligros del cáncer pulmonar, ha originado el uso creciente del tabaco sin humo. Como rapé, tabaco de mascar o pequeñas bolsas de tabaco colocadas entre el carrillo y la encía. Desdichadamente esas prácticas han originado un aumento notorio en la incidencia de carcinoma de células escamosas en encía y mucosa bucal.

Alcohol : El consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas médicos y sociales en el ámbito mundial. En casi todas las poblaciones pudientes ha adquirido proporciones epidémicas, principalmente en adultos, pero con frecuencia creciente en adolescentes e incluso en niños. Se estima que el uso de alcohol afecta la calidad y duración de la vida de 8 al 12 % de la población adulta. El alcoholismo crónico es aún más insidioso y daña a casi todo órgano y tejido

corporal, algunos de esos efectos se relacionan con la nutrición, porque el alcohol en el intestino altera la absorción intestinal de muchos nutrientes, principalmente folato y vitamina B12. Mas aún, representa calorías vacías que sustituyen a alimentos más benéficos. Además, el alcohol o alguno de sus metabolitos tienen toxicidad directa. La concentración elevada de acetaldehído, metabolito del alcohol, se ha implicado en lesión a hígado, corazón y otros órganos. Es un irritante de la mucosa, y está relacionado con factores como deshidratación, avitaminosis y tabaquismo, dejando la mucosa susceptible a carcinógenos. Otra causa podría ser los carcinógenos contenidos en las bebidas alcohólicas (nitrosaminas e hidrocarburos), o los cambios celulares inducidos por el hígado en los tejidos blanco.

Bebedores de grandes cantidades de alcohol, son también fumadores, y muchos factores predisponentes pueden interactuar en combinación. Estudios han revelado una relación independiente y de sinergismo entre ellos. El riesgo de cáncer en alcohólicos que también fuman se incrementa en un 10%. Merecen breve mención algunas otras implicaciones del alcoholismo crónico: mayor vulnerabilidad a infecciones, miopatía de músculo estriado análoga a la situación de la cardiomiopatía, gastritis y úlceras pépticas, pancreatitis aguda y crónica, y mayor frecuencia de carcinoma buco faríngeo, laríngeo esofágico y quizá rectal y pulmonar.

La acción irritante del alcohol es especialmente marcada sobre las mucosas. Las concentraciones elevadas pueden producir considerable inflamación de la mucosa, sin embargo, no se ha dilucidado si este factor, o la desnutrición, es la causa de la inflamación que no es raro encontrar en los grandes bebedores. Existen abundantes pruebas de que ciertas enfermedades y síndromes, atribuidos anteriormente a los efectos tóxicos de la ingestión de alcohol, son en realidad resultado de las deficiencias vitamínicas causadas por la mala alimentación o el defectuoso funcionamiento gastrointestinal del alcohólico. Estas deficiencias nutricionales causan el mal estado general del bebedor habitual, y por ello se vuelven más susceptible a las infecciones.

Químicos : Ciertas sustancias químicas, tanto naturales como sintéticas son capaces de producir cáncer, algunas actúan de forma directa y no requieren transformación química, pero otros actúan de forma indirecta (procarcinógenos) y solo actúan después de transformación metabólica, pudiendo actuar conjuntamente con otros tipos de influencias carcinógenas.

Irritación crónica: Por mordeduras de carrillos, comidas muy condimentadas o calientes, traumatismo por piezas fracturadas, en individuos predispuestos a desarrollar lesiones malignas.

Nutrición : Deficiencias de vitamina A, han sido postuladas como carcinógeno, se cree causa alteraciones de patrones de oxidación del epitelio que lo hace más susceptible a la irritación. Deficiencias de vitamina C relacionada con el bloqueo de la conversión de nitritos a nitrosaminos, potentes carcinógenos.

Radiación : Cualquiera que sea su fuente, luz solar, rayos X, fisión nuclear, radionuclidos; Es un carcinógeno establecido, porque alternan la vulnerabilidad celular a otros carcinógenos, causando mutaciones y muerte celular por consiguiente proliferación, la cual puede ser anormal. (18, 20)

II. CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría de los pacientes buscan consulta solamente después de desarrollar un severo y persistente dolor, lo más frecuente es compararlo a un tipo de “ardor” o irritación en la boca. El carcinoma temprano en la cavidad oral puede ser indoloro. El dolor usualmente ocurre cuando la lesión se ulcera.

Los siguientes son los signos más comunes del carcinoma oral:

1. Ulceración o erosión.
2. Eritema
3. Induración
4. Fijación (células anormales dividiéndose áreas profundas de músculo y hueso).
5. Cronicidad
6. Linfadenopatía (endurecimiento o agrandamiento indoloro).
7. Leucoplasia

Una marcada induración, fijación y linfadenopatía son signos de lesiones avanzadas. Carcinomas tempranos pueden aparecer pequeños, aparentemente

inofensivas áreas de induración o cambios locales (erosión, eritema, queratosis, etc.), frecuentemente el clínico adquiere un sentido de falsa seguridad. Todas las lesiones de la cavidad oral que se resistan a responder propiamente a la terapéutica usual, deben ser considerada maligna hasta que se pruebe lo contrario.

TUMORES BENIGNOS: Su forma de extensión es realizada a través de expansión en los tejidos vecinos con consiguiente atrofia de los mismos. Generalmente presentan una cápsula, pero no es forma invariable.

TUMORES MALIGNOS: Los pasos de crecimiento y desarrollo de estos son los siguientes.

1. Invasión: Es más importante que la expansión para la diseminación, constituyendo el primer paso al desarrollo de las metástasis. Los factores que promueven la invasión son:

a. La velocidad del crecimiento: no es crítica para la diseminación pero, si lo es en el aporte de células para aumentar el tamaño tumoral. El aumento de la presión local puede jugar un papel en forzar el paso de células cancerosas a la circulación.

b. La motilidad celular: es necesaria para la diseminación, pero no es la causante de la invasión.

c. Pérdida de cohesión: Puede ser identificada en células malignas, que al tener menos calcio y más carga eléctrica que las células normales, son más fáciles de separar entre sí.

d. Pérdida de cohesión: Puede ser identificada en células malignas que al tener menos calcio y más carga eléctrica que las células normales, son más fáciles de separar entre sí.

e. Elaboración de sustancias líticas: tal vez sea éste, el factor más importante en la invasión. En varios cánceres se han encontrado hialuronidasa, proteasas y amilopéptidasas.

2. Permeación: Es la invasión vascular sanguínea y vasos linfáticos, seguida del crecimiento tumoral a lo largo de sus luces.

3. Metástasis: Son crecimientos tumorales separados de la localización primaria. El crecimiento de una metástasis depende de que esta tenga adecuado medio para desarrollarse. El hecho de tener células cancerosas circundantes no significa, presencia de metástasis.

METASTASIS: La cavidad oral es frecuentemente sitio de diseminación proveniente de otros focos. Cuando esto ocurre, es principalmente de cáncer de la mama. La mandíbula es el sitio oral más afectado. Es interesante que mujeres blancas y negras que poseen cáncer de cérvix, tienen un índice de incremento de posibilidades de contraer cáncer de orofaringe, durante los primeros cinco años después del tratamiento.

Se han postulado varias teorías en cuanto a la formación de metástasis, de las cuales se mencionan las siguientes:

TEORIA MECANICA: Según esta teoría se producirán en proporción directa al número de células que llegan a la circulación. En la localización y distribución de las metástasis, algunos factores tienen un sobresaliente papel, tales como:

El pasaje transcapilar, la filtración, el tamaño de la célula neoclásica en relación del lumen de los vasos.

TEORIA DE LA AFINIDAD SELECTIVA: El suelo mas que la semilla, determina la forma en que se distribuirán las metástasis. Algunas vísceras son mejores terrenos que otras para ciertos tumores.

TEORIA DE LA TRASFORMACION: De acuerdo a esta teoría, genomas de ADN penetran en las células del huésped, transformándolas en células cancerosas.

La penetración de las paredes capilares se da por medio de diapédesis de las células neoplásicas, siguiendo la ruta que hacen los leucocitos a través de las paredes capilares. Un factor en este fenómeno puede ser las sustancias líticas que elaboran algunos tumores. La ruptura de capilares secundaria a crecimiento intraluminal, es otra forma de penetración.

Entre los factores que influyen el crecimiento de metástasis se pueden mencionar: el daño local, producido por traumatismos, el cual favorece la

posibilidad de metástasis. Los anticoagulantes que disminuyen la posibilidad de las mismas. (18,19,20)

La mayoría de tumores de cabeza y cuello se presentan como lesiones mas exofíticas, ulcerativas invasivas o lesiones planas y verrugosas. El crecimiento endofítico, es mas invasivo y difícil de controlar, mientras que las lesiones exofíticas son menos invasivas y más fáciles de curar. Los síntomas y signos dependen de la localización:

- a.** Nariz, senos paranasales: Epistaxis, obstrucción nasal, dolor dental y facial y masas en la fosa nasal.
- b.** Nasofaringe: Alteraciones neurológicas, masa en el cuello, obstrucción nasal, pérdida unilateral de la audición, debido a la obstrucción de la trompa de Eustaquio.
- c.** Cavidad oral: Inflamación o úlcera que tarda en curar, trismus doloroso.
- d.** Orofaringe: Disfagia, dolor, disnea, trismus y otalgia referida.
- e.** Laringe e Hipofaringe: Ronquera, disfagia, odinofagia, disnea y pérdida de peso.

Una masa metastásica en el cuello puede ser parte de la presentación clínica de cualquiera de los tumores anteriormente mencionados y ocasionalmente, el único signo de un tumor primario oculto.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS: Se tiende a subestimar la importante contribución de los métodos para el diagnóstico de los tumores; los datos clínicos son invaluable para un diagnóstico óptimo, por lo que se debería seguir un orden lógico para un diagnóstico adecuado. A continuación se propone:

1. Un cuidadoso examen mediante inspección con espejo, de la cavidad oral, nasofaringe, orofaringe, laringe e hipofaringe.
2. Una palpación cuidadosa.
3. Los estudios radiológicos para determinar la extensión del crecimiento tumoral a saber:
 - a. Radiografías simples.
 - b. Tomografías especialmente de los senos paranasales y de la laringe.
 - c. Estudios radiológicos con bario.

d. Estudios con medios de contraste.

e. Estudios radiológicos del tórax.

f. La arteriografía.

4. Una biopsia sobre las lesiones sospechosas. Si la sospecha clínica es muy marcada y los primeros estudios resultan negativos, la biopsia debe ser repetida.

5. El teñido de las zonas sospechosas con azul de toluidina, puede demostrar carcinomas “in situ”, en la cavidad oral.

6. La citología exfoliativa es útil como técnica de despistaje. (13,19)

CARCINOMA DE CELULAS BASALES

El carcinoma de células basales se desarrolla con mas frecuencia en las superficies expuestas de la piel, cara y cuello cabelludo (pericráneo) en personas de edad media o anciano, es más común en varones. Produce metástasis a ganglios linfáticos o vísceras distantes.

Etiología : La relación entre la exposición prolongada a la luz solar y el cáncer de piel ha sido reconocida. El factor específico de la luz solar que causa la carcinogénesis cutánea parece ser la radiación de la luz ultravioleta; son posibles

además que la atrofia general asociada con el proceso de envejecimiento predisponga a que se desarrolle el cáncer en piel.

Aspectos clínicos: El carcinoma de células basales es mas frecuente en la cuarta década de la vida y más común en varones. Aunque se ha informado que puede presentarse en personas jóvenes e incluso niños.

Por lo regular empieza como una pápula pequeña ligeramente elevada, que se ulcera, sana y después vuelve a abrirse; la costra que parece superficial, desarrolla un borde enrollado y liso, que representa células tumorales diseminadas en forma lateral por debajo de la piel. Pueden incluso llegar a erosionar profundamente el cartílago o el hueso. Es mas frecuente en el tercio medio de la cara, pero puede presentarse en cualquier lugar. Nunca se observa en la cavidad bucal a menos que llegue a ese sitio por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

Tratamiento y Pronóstico: Cada lesión debe tratarse por separado. Se pueden obtener buenos resultados mediante extirpación quirúrgica o por radiación.

El pronóstico es bueno debido a que la neoplasia crece con lentitud, no tiende a formar metástasis y responde bien al tratamiento. (20)

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

El carcinoma Epidermoide, llamado también carcinoma de células escamosas, es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, ciertos lugares son afectados con mas frecuencia que otros.

Debido a la diferencia que hay en la apariencia clínica, naturaleza de la lesión y pronóstico se describirán los tumores de manera individual según aparezcan en las distintas áreas.

Etiología : Generalmente, el carcinoma Epidermoide en la cavidad bucal aparece en las últimas décadas de la vida. Sin embargo, se ha encontrado en todas las edades e incluso en niños. Es un hecho importante que de 326 pacientes (3.5%) fueron menores de 30 años.

Estos autores también señalaron que desde 1970 el mayor número de carcinomas se presentó en una década de vida mas temprana en todos los sitios anatómicos, excepto en el labio inferior y mucosa bucal.

Se sospecha que los factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar, sepsis e irritación por bordes afilados de los dientes o de las prótesis.

CARCINOMA DE LABIO:

El carcinoma Epidermoide es una enfermedad que se presenta principalmente en los ancianos, y lesiona con mas frecuencia el labio superior que el inferior. En una serie de estudios realizados se encontró que el 98% de lospacientes fueron hombres y que la edad al inicio de la enfermedad variaba de 25 a 91 años, con mayor frecuencia entre los 55 y 75 años con un promedio de 62 años.

Al examinar el registro de muchos pacientes se sugirieron posibles factores etiológicos siendo uno de los principales el tabaquismo.

Como se dijo previamente la luz solar se considera importante ya que las alteraciones que se encuentran en la piel y en los labios como resultado de la exposición prolongada al sol se caracterizan como preneoplásicas.

Aspectos Clínicos: El tumor usualmente empieza en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media. Con frecuencia comienza como un área pequeña de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. Conforme se hace más grande la lesión, se crea un defecto pequeño parecido al cráter o se produce un crecimiento exofítico, proliferativo de tejido tumoral.

Por lo general, el carcinoma del labio es lento para producir metástasis, y se puede desarrollar una lesión masiva antes de que haya signos de afección de ganglios linfáticos regionales. Cuando ocurre metástasis, por lo regular es ipsolateral y afecta a los ganglios submaxilares o submentales.

Tratamiento y pronóstico: El carcinoma del labio ha sido tratado satisfactoriamente tanto con excisión quirúrgica como con radiación con rayos X, según el grado de la duración de la extensión y la presencia de metástasis.

Muchos factores influyen en el éxito o fracaso del tratamiento. El terapeuta debe considerar cuidadosamente el tamaño de la lesión, y el grado histológico de la lesión al planear su acercamiento al problema neoplásico.

CARCINOMA DE LENGUA:

Comprende de 25 a 50% de todos los cánceres intrabucales, siendo menos común en varones que en mujeres.

Se ha sugerido varias causas de cáncer de la lengua, entre las que podemos mencionar la sífilis y la leucoplasia. Otros factores que se ha pensado contribuyen al desarrollo del carcinoma lingual, incluye mala higiene bucal, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo siendo predominantemente estos dos últimos.

El signo más común de cáncer de la lengua es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de los pacientes la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se afecta de manera secundaria. El tumor puede

empezar como una úlcera indurada en forma superficial con bordes ligeramente elevados y proceder a desarrollar una masa exofítica fungosa o infiltrante a capas mas profundas de la lengua. La lesión típica se desarrolla en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua en casos raros el carcinoma se presenta en el dorso de la lengua.

El tratamiento de esta afección es un problema difícil e incluso en la actualidad no se puede hacer declaraciones específicas acerca de la eficacia de la cirugía en comparación con la radiación.

El pronóstico del cáncer en este lugar no es bueno ya que el factor más importante que lo afecta es la presencia o ausencia de metástasis cervicales por tanto la necesidad de diagnóstico temprano es obvio, y el papel del dentista para reconocer las lesiones cancerosas es de vital importancia.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL:

Como casi todos los cánceres de la cavidad bucal son aproximadamente 10 veces más común en el varón que en la mujer con una edad promedio de 58 años.

Etiológicamente al parecer varios factores son de importancia indiscutiblemente estos incluyen tabaco para mascar y el hábito de mascar la nuez de betel, la leucoplasia es un antecedente común de la mucosa bucal por lo general es de duración muy larga y puede o no estar necesariamente asociada al uso de tabaco.

Las lesiones se desarrollan con mas frecuencia a lo largo de la línea opuesta del plano de oclusión o inferior a esta, la posición antero posterior es variable algunos casos aparecen cerca del área del tercer molar, otros adelante hacia la comisura.

A menudo la lesión es ulcerativa y dolorosa, y son comunes la induración e infiltración de los tejidos más profundos. La frecuencia de las metástasis del carcinoma Epidermoide varía considerablemente, pero es relativamente alta, los sitios más comunes son los ganglios linfáticos submaxilares.

El tratamiento del carcinoma Epidermoide es un problema similar al del cáncer de otras áreas de la cavidad bucal. Es probable que en casos tempranos se

obtengan resultados similares por cirugía o por radiación. El uso combinado de ambos tratamientos es sin duda alguna de gran importancia en este tumor. El pronóstico de esta neoplasia depende de la presencia o ausencia de metástasis.

CARCINOMA DE LA ENCIA:

Esta es una enfermedad esencialmente de los ancianos, ya que el promedio de edad es de 61 años, se presenta con mas frecuencia en varones que en mujeres.

Generalmente la mayoría de tumores se encuentran en la encía mandibular, el carcinoma se manifiesta inicialmente como un área de ulceración la cual puede ser una lesión puramente erosiva o mostrar un tipo de crecimiento exofítico, granular o verrugoso. Muchas veces no tiene la apariencia clínica de una neoplasia maligna, y puede o no ser dolorosa. Estos tumores se presentan con mas frecuencia en áreas edéntulas, la encía fija primariamente con mas frecuencia que la libre.

En general el tratamiento de carcinoma localizado en este lugar es un problema quirúrgico, el pronóstico no es particularmente bueno.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA:

El carcinoma del piso de la boca representa aproximadamente el 15 % de todos los casos de cáncer intrabucal y se presenta en el mismo grupo de edad como los otros cánceres bucales.

El típico carcinoma en el piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada en un lado de la línea media. Se presenta con frecuencia en la porción anterior del piso, con mucha frecuencia hay extensión temprana dentro de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula así como dentro de la lengua. La proximidad de este tumor a la lengua produce engrosamiento del órgano e induce a un habla fullante. Las metástasis en piso de la boca se encuentran con mas frecuencia en los ganglios linfáticos del grupo submaxilar.

El tratamiento del cáncer del piso de la boca es difícil y con frecuencia no tiene éxito. Por esta razón se utiliza la radiación.

El pronóstico para los pacientes es moderado.

Las metástasis no se presentan sino hasta que el tumor está muy avanzado y cuando aparecen, afectan los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales. Se ha

empleado cirugía y radiación para el tratamiento y en estas condiciones el pronóstico no es bueno. (20)

CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO:

Es una forma de adenocarcinoma. Las glándulas salivares que con mas frecuencia se afectan por este tumor son: Parótida, submaxilar y accesorias localizadas en el paladar y la lengua.

Se presenta con mas frecuencia durante la quinta y sexta década de la vida.

Muchos pacientes muestran manifestaciones clínicas de un tumor maligno típico de las glándulas salivares, dolor local temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores de la parótida, fijación a las estructuras mas profundas e invasión local. Algunas de las lesiones, en particular las bucales, muestran una ulceración en la superficie. En algunos casos puede existir una semejanza clínica con el adenoma pleomórfico. (3, 20)

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE:

Es un tipo usual de tumor de las glándulas salivares. Como el nombre lo indica, el tumor se compone de células secretoria de moco y del tipo Epidermoide en proporciones variables.

Casi todos los carcinomas mucoepidermoides que afectan a las glándulas salivares mayores se presentan en la glándula parótida aunque también puede originarse en otras glándulas mayores y en especial, las glándulas accesorias intrabucales.

El carcinoma mucoepidermoide tiene distribución igual entre varones y mujeres. Se presenta especialmente de la tercera hasta la quinta década de la vida, pero de hecho puede aparecer en todas las décadas. Es el tumor maligno de glándulas salivares más común de los niños.

El tumor que presenta malignidad de bajo grado, por lo general aparece como una masa insensible que se agranda con lentitud y que simula un adenoma pleomórfico. Sin embargo, si no es un adenoma pleomórfico, el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, rara vez es mayor de cinco centímetros de diámetro, no está completamente encapsulado y en consecuencia contiene quistes que pueden estar llenos de un material mucoide viscoso.

Los tumores intrabucales de este tipo suelen encontrarse en sitios como el paladar, la mucosa bucal, la lengua y el área retromolar. Debido a su tendencia a desarrollarse en áreas quísticas, estas lesiones intrabucales pueden guardar una estrecha semejanza clínica con el fenómeno de retensión mucosa o con el mucocelo, en especial, con aquellos que se presentan en área retromolar. El tumor que presenta alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor, así como síntoma temprano. Es frecuente la parálisis del nervio facial, en los tumores de la parótida. El carcinoma no está encapsulado, pero tiende a infiltrarse al tejido que lo rodea, y en un alto porcentaje de los casos, a formar metástasis hasta los ganglios linfáticos regionales. También son comunes las metástasis distantes al pulmón, hueso y cerebro, así como los tejidos subcutáneos. (3, 20)

III. CLASIFICACION DE LOS TUMORES:

Es esencial desarrollar una clasificación basada en consideraciones anatómicas e histológicas. Tal clasificación es la clave para tomar cualquier decisión desde el punto de vista multidisciplinario. Por ello resulta aparente al revisar la literatura, que las diferencias de clasificación y lenguaje, hacen virtualmente imposible la comparación de los diferentes tipos de cáncer. Así es que una afirmación referente a cáncer precoz, moderado y avanzado, sin otra descripción, deja aquellos que no están familiarizados, e incluso aquellos con experiencia, inseguras de su real extensión, por lo cual a continuación se describen las clasificaciones mas comúnmente utilizadas. Las clasificaciones se basan en los siguientes factores:

Histogénesis : Tejido de origen y tipo celular.

Comportamiento biológico: Benigno y maligno.

Grado de diferenciación: Bien diferenciado, parcial o pobremente diferenciado.

Ubicación anatómica: Órgano o región.

Objetivos descriptivos: Relacionados con forma o función. **Eponímicamente :**

Ej. Sarcoma de Ewing, etc.

- Los objetivos de la clasificación son los siguientes:
- Ayudar a los clínicos en el planeamiento del tratamiento.
- Dar alguna indicación del pronóstico.-
- Ayudar en la evaluación de los resultados del tratamiento.-
- Facilitar el intercambio de información.-
- Ayudar en la continua investigación del cáncer. (5, 19)

CLASIFICACION TNM:

La clasificación por etapas del cáncer se basa en que lo esencial de una clasificación significativa, depende de cuantificar la extensión de la enfermedad, lo que se hace en tres compartimientos.

T para tumor primario.

N para ganglios linfáticos regionales.

M para metástasis.

La mayoría de las nuevas clasificaciones intentan definir el tumor primario como T1, T2, T3, T4 de acuerdo a su mayor extensión; NO, N1, N2, y N3 de acuerdo al

creciente compromiso ganglionar, MO y M1 para aquellos casos con o sin metástasis a distancia respectivamente. Estas categorías pueden o no, ser aplicables para todos los casos clínicos en ellas. Este sistema permite considerar las formas de diseminación vascular.

Es importante establecer la diferencia entre estadio y clasificación del cáncer. El estadio intenta definir la verdadera extensión del cáncer en sus tres compartimientos (TNM) en un tiempo determinado, generalmente en el momento de detección. Una clasificación, es un marco multidimensional que incluye todas las posibilidades en que el cáncer puede presentarse y extenderse a un órgano. Estadio no significa que la progresión se hará en forma regular y previsible. Algunos tipos de cáncer avanzan en forma típica extendiéndose desde el tumor primario a los ganglios linfáticos y eventualmente a distancia.

Un tipo característico de estadio:

ESTADIO I, T1, NO, MO: El examen clínico revela una más limitada al órgano de origen. La lesión es operable y resecable, solamente con invasión local y hay ausencia de diseminación local y vascular. Es el que ofrece mayor posibilidad de sobrevida (70 a 90%).

ESTADIO II, T2, N1, MO: La clasificación clínica muestra evidencias de invasión local en los tejidos vecinos y en la primera estación ganglionar. La lesión es operable y resecable; pero debido a su gran extensión local no hay certeza de que se extirpara completamente. Este estadio ofrece buenas posibilidades de sobrevida (30 mas ó menos 5%).

ESTADIO III, T3, N2, MO: El examen clínico revela un tumor primario extenso, con fijación a estructuras profundas, invasión ósea y ganglios linfáticos de una naturaleza similar. La lesión es operable pero no resecable y quedará tumor macroscópico luego de la extirpación. Este estadio ofrece algunas posibilidades de sobrevida (20 mas ó menos 5%).

ESTADIO IV, T4, N3, M1 : Hay evidencia de metástasis a distancias mas allá del lugar de origen, la lesión es inoperable. Escasa o ninguna posibilidad de sobrevida (- 5%).NOTA : Los criterios exactos dependen de la localización en cada órgano. Mas que el tamaño o la extensión en superficie, la profundidad de invasión, es el factor único más importante para calificar al tumor bajo del punto de vista anatómico. Siempre que sea posible debe utilizarse una clasificación dual

anatómica- histológica, pues ésta es la esencia de una información correcta al evaluar los resultados de cualquier tratamiento.

Los procedimientos para determinar el estadio se pueden hacer por medio de:

- 1. Diagnóstico clínico:** Incluyen los procedimientos clínicos estándar y radiológicos, independientes de los procedimientos quirúrgicos.
- 2. Evaluación quirúrgica:** Incluyen la exploración quirúrgica realizada en el momento de la resección, así como la inspección y las biopsias efectuadas en los márgenes tumorales.
- 3. Evaluación posquirúrgica (patología):** Incluyen la resección completa del tumor primario y/o ganglios, y el cuidadoso estudio histopatológico de la posible extensión tumoral.
- 4.** Se realiza un nuevo tratamiento cuando se confirma la recidiva por medio de una biopsia y luego se aplican todos los procedimientos anteriormente mencionados.

Entre los procedimientos están:

Los procedimientos diagnósticos de rutina se utilizan para definir la extensión del tumor primario.

Los siguientes procedimientos son esenciales: La biopsia de los bordes de las lesiones sospechosas periféricas y el examen cuidadoso de la pieza quirúrgica resecada, así como el estudio de los márgenes.

Los procedimientos radiológicos demostrarán la invasión al hueso o al cartílago.

Es importante realizar una cuidadosa palpación de los ganglios cervicales, con especial atención al número, tamaño y movilidad.

Las metástasis torácicas son comunes, razón por la cual, es importante una radiografía de tórax. (19, 20)

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

Los carcinomas se han dividido histológicamente en grados.

Grado I:

Está en el lindero de la malignidad y la normalidad. Las células están diferenciadas en un 75%, conteniendo formaciones perladas y algunas figuras mitóticas.

Grado II:

El número de las células diferenciadas y el de las indiferenciadas ocupan alrededor del 50% cada una.

Grado III:

Las tres cuartas parte del total celular están ya indiferenciadas. Desde el grado II no hay duda de la malignidad de la lesión; hay marcada formación de perlas.

Grado IV:

El 100% de las células son indiferenciadas, la división de estas es exagerada por lo que su malignidad es incontrolable la mayoría de veces, No obstante se ha establecido que entre mas diferenciado está el tumor será más sensible a la

radiación respondiendo mejor. Los carcinomas del labio son a menudo grado I, los del piso de boca y porción anterior de la boca son grado II, principalmente, y los del tercio posterior de la lengua y amígdala aumentan a grado II y III predominando el último. Los tumores de grado IV son comunes en la región tonsilar, pueden aparecer ocasionalmente en cualquier otra parte de la cavidad oral. (19,24)

GRADOS :

G1 bien diferenciado

G2 moderadamente diferenciado

G3 pobremente diferenciado

G4 muy pobremente diferencia

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer ataca a una de cada cuatro personas, y a dos de cada tres familias. Un estimado de 57 millones de americanos tendrán cáncer en algún momento de su vida. Los carcinomas apuntan alrededor de 96% de todos los cánceres orales y los sarcomas alrededor del 4 %. El tipo más común de cáncer oral es el carcinoma de células escamosas, que cuenta aproximadamente con un 91% de todas las malignidades orales.

De todos los factores que podrían contribuir al desarrollo del cáncer, la edad es la de mas alto riesgo. El cáncer oral, como la mayoría de los cánceres, es una enfermedad de edades avanzadas. Alrededor del 95% de todos los cánceres orales ocurren en personas de mas de 40 años, la edad promedio al momento del diagnóstico es alrededor de los 60 años. De los 900,000 cánceres estimados para los americanos en 1985, la ocurrencia en hombres (45%) y mujeres (51%) fueron mas o menos igual (la preponderancia de casos en hombres puede ser parcialmente explicado por la historia de alto consumo de tabaco y alcohol en estos pacientes. Una explicación para el rango tan reducido (2:1) es el gran incremento del tabaquismo entre las mujeres. La lengua es el sitio más común para el cáncer oral en hombres y mujeres. El cáncer de los labios esta decreciendo

dramáticamente, probablemente por el uso incrementado de agentes protectores para los labios.

Los pacientes de raza negra tienen proporcionalmente, altos rangos de cáncer en orofaringe que otros grupos raciales. Resultados de este tipo sugieren que un factor genético, así como hábitos y diferencias en el tipo de vida se encuentran implicados en la prevalencia del cáncer. Como otro ejemplo, el cáncer de nasofaringe es de 20 a 30 veces más prevalente en chinos que en blancos. (12)

La mayoría de los tumores humanos muestran aberraciones cromosómicas, que son proporcionales al grado de malignidad y varían con cada tumor y paciente. Aunque no se sabe si las anormalidades cromosómicas son la causa o el resultado de la malignidad. Los datos muestran inequívocamente que personas con cáncer oral tienen un riesgo incrementado de desarrollar subsecuentemente malignidades adicionales. El incrementado riesgo para desarrollar múltiples carcinomas en cabeza y cuello es aún mas acentuado en consumidores de tabaco y alcohol, posiblemente a persistencia del irritante crónico. A pesar de que los tumores de cabeza y cuello representan un porcentaje bajo de las neoplasias (5%), las profundas deformidades

Funcionales y cosméticas hacen que estas tengan relativa importancia mas aun cuando se sabe que la edad tiene el impacto más significativo sobre la

incidencia y mortalidad del cáncer. En Estados Unidos, la incidencia y mortalidad del cáncer se duplica cada 5 años a partir de los 25 años de edad. Ciertos cánceres alcanzan una incidencia máxima entre los 60 y 80 años; otras enfermedades muestran su máxima incidencia entre el nacimiento y los 10 años de edad (6, 19)

Las diferencias geográficas se relacionan con la incidencia del cáncer, proporcionan claves etiológicas y obligan al estudio de poblaciones migratorias. El cáncer gástrico se ha reducido en 4 veces en Estados Unidos desde 1930. La incidencia de cáncer de colon y pulmón es baja en Japón; no obstante, en inmigrantes japoneses a Estados Unidos, la incidencia incluido iguala a la de la población nativa, reflejando presumiblemente los cambios dietéticos. El cáncer de pulmón en Estados Unidos ha aumentado de 5:100,000 en 1930 a 50: 100,000 en 1980 y ciertamente refleja los hábitos tabáquicos. (6)

EPIDEMIOLOGIA NACIONAL

Como se mencionó anteriormente las características de incidencia de una enfermedad maligna, varía de acuerdo al sexo, edad, raza, ubicación geográfica, hábitos, etc. Según datos obtenidos en el último boletín informativo proporcionado por el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), que abarca los años 1989 - 1990, se cuantificaron datos de cáncer, donde se encontró que el número de casos que afectaron cabeza y cuello fue de un total de 70; los cuales se manifestaron de la siguiente manera:

LOCALIZACION	SEXO		
	F	M	TOTAL
Cavidad oral	5	7	12
Glándulas Salivares	4	7	11
Lengua	5	5	10
Orofaringe	0	9	9
Encía	2	5	7
Labio	3	2	5
Hipofaringe	2	2	4
Nasofaringe	3	2	5
Fosas nasales	3	4	7
TOTAL	27	43	70

CASOS REPORTADO SEGUN GRUPO DE EDADES

EDADES	No. DE CASOS
0 - 5	0
5 - 10	0
10 – 15	1
15 – 20	0
20 – 25	3
25 – 30	0
30 – 35	3
35 – 40	2
40 – 45	2
45 – 50	8
50 – 55	8
55 – 60	10
60 – 65	8
65 – 70	8
75- +	12
TOTAL DE CASOS	70

La frecuencia del carcinoma oral de Guatemala es de 3% según el estudio practicado por la Dirección General de Servicios de Salud en las diversas instituciones del país. Las regiones mas comúnmente afectadas son en orden de frecuencia: lengua en un 35.5%, reborde alveolar inferior en un 12.7% y labio inferior en un 12%. La apariencia clínica más frecuente es un tumor (47% de los casos). El color mas frecuentemente encontrado en las lesiones de carcinoma Epidermoide oral en la población guatemalteca es predominantemente en las combinaciones de gris, amarillo, negro y blanco, o sea que no se dan colores puros con frecuencia, excepto cuando se trata de lesiones rojas, en donde el color del carcinoma Epidermoide se ve bastante bien definido. (12)

VI. MANEJO DEL PACIENTE Y PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Un problema en el diagnóstico de cáncer oral, radica en la multitud de lesiones poco definidas y en su aparición variable y controversial. Muchas de estas lesiones son benignas y algunas malignas. Algunas lesiones pueden ser confundidas con malignidades. Algunas lesiones pueden ser consideradas premalignas porque están estadísticamente correlacionadas con un cambio canceroso subsiguiente, por lo que es de vital importancia un diagnóstico oportuno para el mejor pronóstico del paciente.(11,13)

El retraso en el diagnóstico se debe en muchas oportunidades, a la falta de consulta de los pacientes; pero en un considerable número de casos el diagnóstico se ha retrasado porque el clínico no sospechó la posible malignidad de la lesión y la trató por medio de procedimientos empíricos, inadecuados para el control del cáncer. Muchos pacientes se retrasarán por mas de tres meses antes de notar algún síntoma o signo oral. Este tipo de retrasos en el diagnóstico puede solamente conducirnos a la extensión local de la lesión y a incrementar el riesgo de una metástasis.

Desde que el cáncer oral tiene tan mal pronóstico, la temprana detección y el tratamiento adecuado es esenciales para mejorar los rangos de curación. La biopsia es el único método para diagnosticar cáncer definitivamente. La citología exfoliativa es una técnica para observar al microscopio la morfología de las células individuales después de haber sido obtenidas del tejido, montadas en el portaobjetos, fijadas y coloreadas. La gran utilidad de la citología exfoliativa es argumentada en la detección del cáncer oral, por el hecho de que el 95% de los cánceres son de origen epitelial. El manejo del paciente con cáncer debe ser muy minucioso e integrar tanto los aspectos clínicos y físicos del padecimiento como el factor psicológico del mismo, por lo que se sugiere seguir el siguiente esquema:

1. METODOS PREVENTIVOS: Como una buena higiene oral y la disminución del uso del tabaco.

2. DIAGNOSTICO PRECOZ: Se debe investigar cualquier lesión en la cavidad oral y síntomas de ronquera. Se debe enseñar la autoexaminación a los grupos que poseen riesgo de tener cáncer dentro de la cavidad oral.

3. CUIDADOS DENTRO DEL TRATAMIENTO:

a. Cuidados preoperatorios: Se debe crear un programa especial para el fumador empedernido con el fin de disminuir su consumo de tabaco y mejorar así su función pulmonar; esta idea debe aplicarse también con el alcohólico, a fin de mejorar su nutrición e higiene oral. Se debe planear la forma en que el paciente se comunicará oralmente luego de la operación, en caso de que pierda la voz. Se debe ayudar al paciente a que obtenga destreza para sus cuidados postoperatorios (Ej. Succionar, alimentarse por tubo, etc.) En los pacientes con laringectomía, se debe planear una terapia especial para aprender a hablar.

b. Cuidados postoperatorios: Se debe proveer al paciente de lápiz y papel para que pueda comunicarse, debiendo colocarse la aguja del suero endovenoso en la mano que el paciente no utiliza para escribir. Controlar si el paciente ha sido provisto de un timbre y asegurarse si se ha estimulado el uso de la escritura para comunicarse. Después de la laringectomía, si no es posible articular palabras por medio del uso del esófago, se puede planear un curso de aprendizaje con un experto en la materia, o se puede utilizar el electro laringe.

c. Cuidados durante la radioterapia: Se debe conservar una higiene oral cuidadosa, utilizando xilocaina viscosa y en los pacientes que sufrieron una irradiación intensa de las glándulas salivales, se puede considerar la utilización de saliva artificial.(11,13)

ETAPA DE CONVALESCENCIA Y REHABILITACION:

a. Enseñar al paciente a succionar, alimentarse por tubo y a tener especial cuidado en la higiene oral.

b. Después de una laringectomía es útil que el paciente se ponga en contacto con alguien que haya tenido el mismo problema y hable con voz esofágica. Se puede planear una terapia para aprender a hablar. Los principios del tratamiento de lesiones malignas es el siguiente: - Para lesiones pequeñas (menores de 1 cm. de diámetro) se puede utilizar igualmente la excisión quirúrgica o la radiación externa.- Para lesiones más extensas (mayores de 1 cm. de diámetro pero menores de la mitad de un labio) se puede utilizar la excisión quirúrgica con reconstrucción la irradiación.- Para lesiones muy extensas (que afectan todo el labio y / o la comisura) la irradiación produce mejores resultados cosméticos. El tratamiento

adecuado para tumores malignos intra orales es un proceso complicado que requiere la cooperación de especialistas experimentados y calificados en diversas disciplinas, cirujanos, oncólogos de radiación, oncólogos médicos (quimioterapistas), odontólogos y profesionales paramédicos. Cada caso se evalúa individualmente por todos estos profesionales para elegir el mejor tratamiento posible. Algunos factores contribuyen a pobres resultados con respecto al tratamiento contra el cáncer. Estos son malnutrición, alcoholismo, tabaquismo, infecciones y el más importante es que las lesiones ya son diagnosticadas en una etapa muy avanzada.(11,13)

CIRUGIA: Para controlar la lesión primaria, es necesario efectuar resecciones con amplios márgenes. Cuando se realizan resecciones con márgenes inadecuados se requiere un tratamiento radioterapéutico postoperatorio ya que las recidivas son frecuentes. Las indicaciones para la cirugía son: - Para tumores que no son radio sensitivos.- Para recurrencias en áreas que ya han sido irradiadas.- Para situaciones en que los efectos secundarios de la radiación son similares o mayores que los efectos provocados por la cirugía.- Para neoplasias involucrando hueso, ganglios linfáticos y glándulas salivales.

RADIOTERAPIA: Existen varias técnicas de irradiación:

1. 1-Las lesiones pequeñas (T1 menores de 2 cm.) Radioterapia externa mas irradiación intersticial con radium peroral.
2. Lesiones moderadas (T2 de 2 a 4 cm) irradiación externa mas irradiación intersticial con radium.
3. Lesiones avanzadas (T3 de 4 cm) irradiación externa, fundamentalmente con electrones y dosis de refuerzo con irradiación intersticial.
4. Las adenopatías cervicales pueden recibir altas dosis mediante los criterios siguientes:
5. Tiempo relativo de cura que se pudiera obtener en radioterapia comparado con cirugía u otra modalidad.
6. La relativa morbilidad asociada con el tratamiento de radiación.
7. El resultado funcional y cosmético versus el resultado de la cirugía o una combinación entre ambos.

QUIMIOTERAPIA : Su efectividad a sido generalmente limitada por administrarse en pacientes con estadios avanzados y por la mala nutrición de los mismos. Su utilización en estadios tempranos como coadyuvante del tratamiento

radiante y/o quirúrgico, puede ofrecer una mejoría en los resultados. En general las lesiones de la cavidad oral tienen mejor respuesta a la quimioterapia.

TRATAMIENTOS COMBINADOS: Actualmente la combinación mas comúnmente utiliza altas dosis de radioterapia pre operatoria o postoperatoria asociada con cirugía radical. (11, 13)

VII. CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE Y EL TRATAMIENTO

Generalmente los ganglios cervicales metastáticos son controlados mediante disección radical de cuello, simultáneamente con la sección del tumor primario. Los ganglios positivos son considerados de mal pronóstico. Aunque la radioterapia no es tan positiva como la cirugía para controlar los ganglios cervicales metastáticos, está indicada en las siguientes circunstancias: - Metástasis regionales en los ganglios cervicales de carcinomas de nasofaringe, base de la lengua o amígdala, cuando el tumor primario ha sido tratado por irradiación.- Recidivas anglionares seguidas a la disección radical de cuello.- Adenopatías cervicales inoperables por fijación.

Complicaciones Quirúrgicas:

La rehabilitación y la reconstrucción son esenciales, cuando se ha realizado amplias resecciones sobre estructuras críticas como la lengua, la faringe y la laringe. Se debe enseñar al paciente a hablar, tragar y a una adaptación social.

Puede ocurrir Fistulas, infecciones secundarias, pérdida de la piel y ruptura de la carótida externa.

Complicaciones radioterapéuticas:

La resequedad de la boca y la pérdida del gusto son comunes. Estos síntomas pueden desaparecer en un lapso de 6 meses a 1 año. Las caries dentales pueden prevenirse mediante tratamientos con fluoruro, buena higiene dental y soluciones especiales antisépticas. Las extracciones dentales deberán evitarse, y en el caso de estar indicadas, se cubrirá al paciente con antibióticos y se ocluirá la cavidad. La radio necrosis de la mandíbula es una de las mayores complicaciones y debe de tratarse con la mayor brevedad posible, incluso de ser necesario, se llegará a una resección quirúrgica. Segundos tumores primarios existen con alta frecuencia, debido a que el excesivo consumo de tabaco y alcohol crea epitelios displásicos. (13)

VIII. RESULTADOS Y PRONOSTICO

La sobrevida a los años es una buena guía para evaluar la efectividad terapéutica, ya que la mayoría de las reacciones aparecen durante los dos primeros años posteriores al tratamiento. Es común la presencia de un segundo tumor o múltiples tumores primarios. Es esencial establecer una buena higiene oral e informar de los factores incitantes como el tabaco y la bebida alcohólica. (11, 13)

OBJETIVOS

GENERALES :

- Determinar las características clínicas y frecuencia de cáncer de cabeza y cuello de pacientes atendidos en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango, durante el período comprendido entre los años de 1986 a 1995. Cuyo diagnóstico de cáncer fue confirmado con estudio histopatológico.
- Aportar datos clínicos - epidemiológicos que puedan ser de utilidad en el campo de la patología bucal, especialmente para el mejor desarrollo de la docencia durante la formación del odontólogo y a la vez que sirva como fuente de consulta con relación a los casos de cáncer de cabeza y cuello existentes en la población guatemalteca.

ESPECIFICOS :

- Determinar la frecuencia de casos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, en los hospitales regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el período comprendido entre 1986 a 1995.
- Establecer la edad mas afectada por neoplasias de cabeza y cuello.
- Establecer el sexo mas afectado por neoplasias malignas de cabeza y cuello.
- Establecer el grupo étnico mas afectado por los tumores malignos de cabeza y cuello.
- Determinar los hábitos relacionados con cáncer de cabeza y cuello.
- Establecer la lesión básica más frecuente de cáncer de cabeza y cuello.
- Establecer el tipo de neoplasia maligna de cabeza y cuello que más afecta la cavidad oral de los guatemaltecos.
- Establecer la localización mas frecuente de neoplasias malignas de cabeza y cuello.

DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO

FRECUENCIA: Se llama así al conjunto de datos reunidos en forma que pueden apreciarse inmediatamente sus particularidades, estadísticamente hablando la podemos definir como el número de veces que tiene lugar un suceso o la cantidad de veces que se repite.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Son el conjunto de rasgos clínicos y radiológicos con que se presenta o se da a conocer una enfermedad distinguiéndose de las demás en determinado momento.

a. **EDAD:** Se define como el tiempo que una persona o animal ha vivido desde su nacimiento, comprende cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana: La infancia, la edad adulta que sucede a la adolescencia, edad avanzada que comprende la vejez o ancianidad.

b. **SEXO:** El sexo es una condición humana que distingue al macho de la hembra, en los seres humanos y los animales. Término adjetivo especificado de masculino y femenino.

- c. **ETNIA:** Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.
- d. **HABITOS:** Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas. Costumbres, practica o forma de conducirse en forma particular.
- e. **TIPO DE NEOPLASIA:** Tipo representativo de una formación tumoral de tejido con carácter maligno.
- f. **LOCALIZACION:** Acción y efecto de localizarse en un sitio o lugar determinado.
- g. **UBICACION GEOGRAFICA:** Acción y efecto de ubicarse en un lugar determinar donde existe dispersión de medios de producción y de fuerzas de trabajo.

INDICADORES PARA MEDIR LAS VARIABLES

Frecuencia

Indicadores

- a. Diagnóstico clínico: Se utilizó el resultado obtenido después de realizados el examen físico, historia médica, datos del laboratorio del paciente, que este anotado en la ficha clínica del paciente que se encontró en los archivos donde se llevó a cabo la investigación.
- b. Diagnóstico histopatológico: Se utilizó los resultados histopatológicos, obtenidos después de realizada la biopsia, que se encontró anotados en los archivos del laboratorio de patología donde se llevó a cabo la investigación.

Características clínicas

Edad

Indicadores : Fué la edad anotada en la ficha clínica de los pacientes que fue anotada en el momento de practicárseles el examen físico e interrogatorio el primer día de consulta en el hospital.

Sexo

Indicadores : Fué el dato anotado en la ficha clínica del paciente (M o F)

Etnia

Indicadores : Fué el dato anotado en la ficha clínica del paciente (I, L y M.

Hábitos

Indicadores : Fué lo expuesto en la ficha clínica del paciente, si ingiere alcohol o consume tabaco principalmente, y otros tipos de hábitos que fueron referidos.

Tipo de neoplasia

Indicadores : Fué la anotada en la ficha clínica del paciente, después de haberse hecho el diagnóstico histopatológico.

Localización

Indicadores : Fué la estipulada en la ficha clínica del paciente al momento de habersele efectuado el examen clínico al paciente.

Todas las demás características clínicas presentes, fueron corroboradas al momento de practicarse el examen físico y clínico a los pacientes que se encontraron al momento de la investigación, y que constituyó la población en estudio.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: fueron todos los pacientes atendidos en los centros Hospitalarios de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido entre 1986 a 1995.

Muestra: fueron todos los pacientes con diagnóstico de algún tipo de cáncer de cabeza y cuello, femenino y masculino, que fueron atendidos en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido entre 1986 a 1995.

Procedimiento: Se visitó la Dirección General de Servicios de Salud donde se pidió autorización para poder ingresar a los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango, por medio de una carta dirigida al encargado del departamento de patología. Posteriormente se determinó la muestra, la cual fue integrada por todos los pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello, atendidos en dichos hospitales, en el periodo comprendido entre 1986 a 1995. Según las fichas de registros médicos que se llevan en dichos centros, se procedió a tomar un listado de los expedientes de estos pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello en los cuales se revisaron meticulosamente datos tales como: nombre, sexo, edad,

lugar de procedencia, ocupación, nivel socioeconómico, hábitos, apariencia clínica y semiológica.

El examen se inició estando el paciente sentado, en posición adecuada y con la boca cerrada, se inició la evaluación observando el estado general del paciente.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL: El examen se realizó en secuencia y de manera ininterrumpida en el siguiente orden:

I Examen de estructuras blandas.

II Examen de tejidos de soporte dentario.

III Examen de las piezas dentarias.

1. Se inspeccionó y se llevó a cabo la palpación externa que incluyó articulación temporomandibular, músculos masticadores, glándulas parótidas y sistema ganglionar del área. Se inició apoyando firmemente la yema de los dedos índice, medio y anular, sobre la zona bajo estudio que en su orden fueron: inserción superior del músculo temporal, la masa del mismo, la glándula parotida, el músculo masetero, la región suborbitaria y geniana, la región submaxilar y porción lateral del cuello.

2. El examinador se ubicó enfrente y a la derecha del paciente. Empleando un baja lenguas en cada mano, se examinó el borde del bermellón de ambos labios (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio del baja lenguas y luego de las comisuras, separando los labios con los mismos.
3. Se indicó al paciente que abriera parcialmente la boca y se procedió a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se colocó el baja lenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha, en el área que corresponde a la región de caninos. Se separó ampliamente el carrillo y con el auxilio del baja lenguas de la mano derecha se procedió a examinar la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia delante. Al mismo tiempo se observó la mucosa alveolar y encía.
4. Se examinó la región labial superior observándose, mucosa labial, encía y frenillos, para lo cual se dejó el baja lenguas de la mano izquierda como se indicó en el paso No. 1. seguidamente se colocó el baja lenguas de la mano derecha a nivel del área del canino izquierdo indicándole al paciente que cerrara parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.
5. Se procedió a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se dejó el baja lenguas de la mano derecha en el mismo lugar indicado en el paso No. 3, con

el baja lenguas de la mano izquierda se separó ampliamente el carrillo y se procedió a examinar en el mismo orden las regiones del lado derecho.

6. Se examinó la región labial inferior para lo cual se colocó el baja lenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo y el baja lenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho.

7. Se anotó en la ficha con una X en los hallazgos encontrados.

8. Se examinó la mucosa del paladar duro y blando, así como de la encía palatina. Se pidió al paciente que inclinara hacia atrás la cabeza y que abriera ampliamente la boca para poder observar por visión directa la mucosa del paladar, inspeccionando de atrás hacia delante de la encía y la mitad derecha del paladar, y en sentido inverso la región izquierda.

9. Se examinó la orofaringe que comprende: Pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes posteriores de la orofaringe. Se adosaron dos baja lenguas colocándolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionó firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se pidió al paciente que dijera aa.

10. Se anotó con una X los hallazgos obtenidos.

11. Se examinó el dorso y los bordes de la lengua, observando primero en posición normal y luego en protusión. Con el extremo de los baja lenguas se exploró la superficie dorsal de dicho órgano de atrás hacia delante en el lado

derecho y en forma inversa en el lado izquierdo. Se pidió al paciente que moviera la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protuyera. En esta posición se examinó el borde derecho de la lengua con un baja lenguas mientras el carrillo fue separado con el otro. Se procedió igual para el lado izquierdo de la lengua. Cuando el paciente no fue capaz de mantener la lengua en posición, se utilizó un trozo de gasa colocado alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos.

12. Se examinó el vientre de la lengua, piso de la boca y encía lingual para lo cual se pidió al paciente que llevara la lengua hacia el paladar mientras mantenía la boca abierta y con los baja lenguas adosados se examinó las regiones ya mencionadas siempre iniciando del lado derecho y luego del izquierdo.

13. Se examinó la región retromolar superior e inferior utilizando un espejo intraoral, de derecha a izquierda.

14. Se palpó con el dedo índice colocado sobre la mucosa del carrillo en la parte posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo se colocó el dedo pulgar sobre la piel de la cara, de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esta posición se realizó la palpación bidigital del carrillo derecho e izquierdo, superior e inferior.

15. Se determinó la consistencia de los tejidos gingivales, la presencia de exudado y la tendencia a sangrar, se palpó el aspecto bucal de la mucosa alveolar y

la encía, iniciando en la región de la tuberosidad derecha, presionando firmemente los tejidos con el dedo índice, en sentido anterior hasta llegar a la tuberosidad izquierda, luego del área retromolar izquierda desplazando hasta el área retromolar derecha.

16. Se procedió a la palpación del paladar y encía palatina, la cual se efectuó presionando con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para esta región.

17. Se realizó la palpación de la lengua, para lo cual se pidió al paciente que protuyera y se presionó entre el dedo índice y el pulgar, de la región más posterior del lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región posterior del lado izquierdo.

18. Se realizó la palpación del piso de la boca, la encía lingual y las glándulas salivares sublingual y submaxilar derecha y con el dedo índice derecho se presionó el lado derecho del piso de la boca, y la encía lingual de atrás hacia delante, al mismo tiempo que se presionó con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación, hasta llegar al lado izquierdo.

19. Se anotó en la ficha con una X los hallazgos encontrados.
20. Para la etapa del examen de los tejidos duros, piezas dentarias, el procedimiento se inició en la arcada superior con la pieza más posterior del lado derecho y se continuo con el lado izquierdo, pasando seguidamente a la arcada inferior de izquierda a derecha. Se anotó con una X los hallazgos encontrados.

***PRESENTACIÓN DE RESULTADOS PARA EL
DEPARTAMENTO DE CUILAPA***

PRESENTACION DE RESULTADOS PARA EL DEPARTAMENTO DE CUILAPA

Del total de 56 pacientes del área de Cuilapa 28 eran del sexo femenino y 28 del sexo masculino. El mayor porcentaje (28.5%) de cáncer de cabeza y cuello se evidenció en los pacientes comprendidos entre las edades de 51 y 60 en mujeres y de 71 a 80 años en los hombres.(*ver cuadro 1.A*)

En cuanto a etnia, la más afectada con cáncer de cabeza y cuello fue la ladina (89.3%) y el sexo más afectado fue el femenino (46.4%) (*ver cuadro 2.A*).

Con respecto a la ocupación el mayor porcentaje de pacientes afectados fueron las amas de casa (44.6%) y los agricultores (35.7%) (*ver cuadro 3.A*)

En cuanto al tiempo de evolución previo al diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, el mayor porcentaje fue el comprendido de 3 – 6 meses (28.1%). Distribuido de la siguiente forma: para el carcinoma Epidermoide fue de 18.7%, para carcinoma Basocelular 6.25%, para adenocarcinoma fue de 3.1% (*ver cuadro 4.A*).

Respecto al tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello para el área de Cuilapa, se encontró que el más utilizado es la Cirugía (47%) distribuido de la siguiente forma para el carcinoma Basocelular 22.8%, para carcinoma Epidermoide 10.5%, para Adenocarcinoma 7%, para Melanocarcinoma 3.5%, carcinoma mucoepidermoide y Astrocitoma 1.7% respectivamente; en segundo lugar encontramos a Radioterapia (33.3%) como el tratamiento mas utilizado ; distribuido de la siguiente forma para el carcinoma Basocelular 11.6%, para carcinoma Epidermoide 14%, para Adenocarcinoma 7%, para Linfoma 3.5% (*ver cuadro 5.A*).

La distribución según diagnóstico y hallazgos clínicos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en el Hospital regional de Cuilapa, el hallazgo clínico con mayor porcentaje fue el dolor (58.8%). Para carcinoma Epidermoide 23.5%, para adenocarcinoma y carcinoma Mucoepidermoide 11.8% respectivamente, para carcinoma Basocelular y Melanocarcinoma 5.9% respectivamente. Se encontró la hemorragia con un 11.8% como el segundo hallazgo clínico mas frecuente (*ver cuadro No. 6.A*).

La lesión básica más encontrada fue la exofítica (69.2%), para carcinoma Epidermoide 23.1%, para carcinoma Basocelular 23.1%, para carcinoma mucoepidermoide 7.7%, para Adenocarcinoma 11.5%, para Linfoepitelioma 3.8%.

Se observó también la lesión ulcerativa con un 23 % del total de la muestra. (*ver cuadro No. 7.A*).

La distribución según diagnóstico y hábitos de paciente con cáncer de cabeza y cuello encontrados para el departamento de Cuilapa, se encontró que el hábito con mayor porcentaje fue el tabaquismo (58.3%. Para el carcinoma Epidermoide 25%; para carcinoma Basocelular, mucoepidermoide, Linfopitelioma, adenocarcinoma 8.3% respectivamente (*ver cuadro No 8.A*)

El grado de diferenciación en lesiones de cáncer de cabeza y cuello, en pacientes del departamento de Cuilapa, con el mayor porcentaje fue el grado I, (bien diferenciado) con un 64.7% para casos de carcinoma Epidermoide (*ver cuadro No 9.A*)

La localización de la lesión con mayor porcentaje fue en piel de cara (54.4%) En carcinoma Basocelular 38.6 %, carcinoma Epidermoide 14%, Linfopitelioma 1.7% (*ver cuadro No 10.A*).

CUADRO No. 1. A

DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

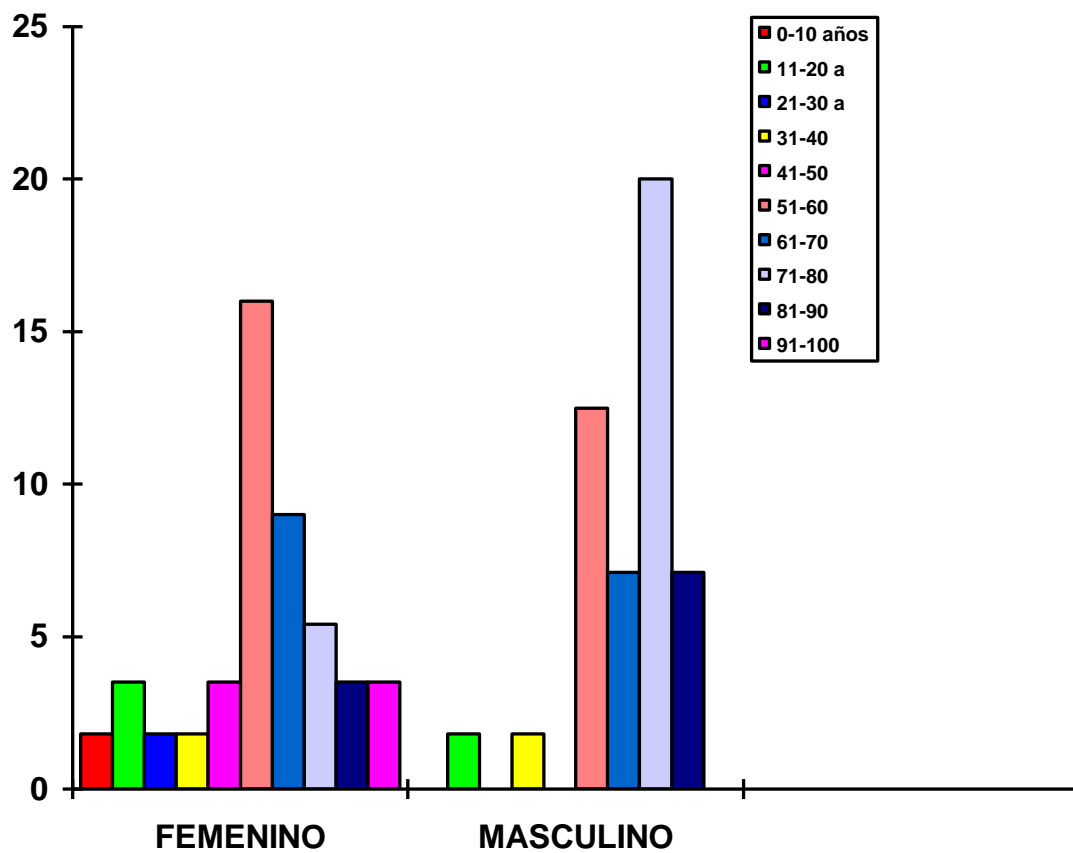
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
0 a 10	1	1.8			1	1.8
11 a 20	2	3.5	1	1.8	3	5.4
21 a 30	1	1.8			1	1.8
31 a 40	1	1.8	1	1.8	2	3.5
41 a 50	2	3.5			2	3.5
51 a 60	9	16	7	12.5	16	28.5
61 a 70	5	9	4	7.1	9	16.1
71 a 80	3	5.4	11	20	14	25
81 a 90	2	3.5	4	7.1	6	10.8
91 a 100	2	3.5			2	3.5
TOTAL:	28	50	28	50	56	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

El rango de edad de pacientes que se vieron afectados con cáncer de cabeza y cuello fue de 51 a 60 años con un 28.5%, en el rango de edad de 71 a 80 años con un 25 %, los rangos de edad menos afectados fueron de 0 a 10 y 21 a 30 años con un 1.8 % del total de la muestra.

GRAFICA CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.



CUADRO No. 2.A

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

SEXO \ ETNIA	INDIGENA		LADINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	2	3.6	26	46.4	28	50
MASCULINO	4	7.1	24	42.8	28	50
TOTAL	6	10.8	50	89.2	56	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

La etnia mas afectada fue la ladina con un 89.2 % y el sexo mas afectado fue el femenino con un 46.4 % , los pacientes menos afectados fueron los de etnia indígena y sexo femenino con un 3.6

GRAFICA CUADRO 2.A

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.



CUADRO No. 3.A

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

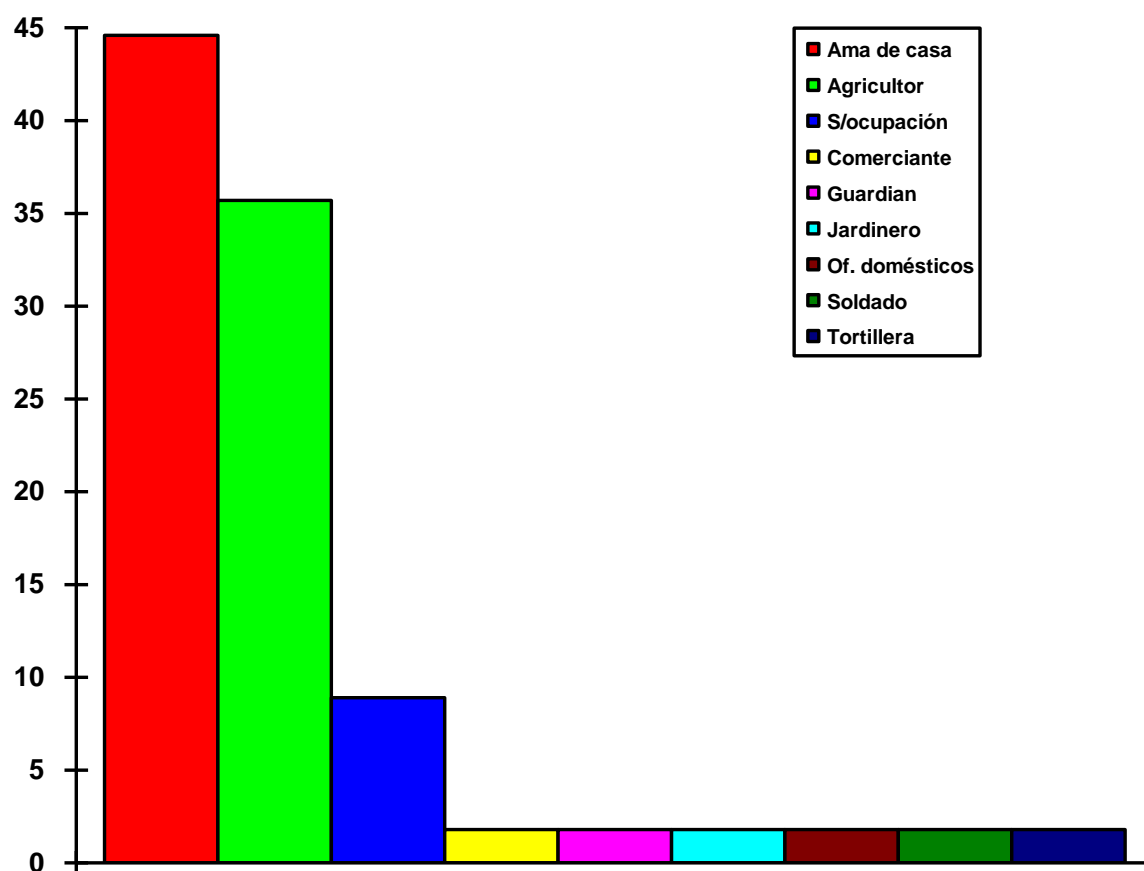
	f	%
AMA DE CASA	25	44.6
AGRICULTOR	20	35.7
SIN OCUPACION	5	8.9
COMERCIANTE	1	1.8
GUARDIAN	1	1.8
JARDINERO	1	1.8
OFICIOS DOMESTICOS	1	1.8
SOLDADO	1	1.8
TORTILLERA	1	1.8
TOTAL	56	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa
hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Las ocupaciones que se vieron mas afectadas fueron amas de casa con un 44.6 % y agricultores con 35.7 % del total de la muestra.

GRAFICA CUADRO No. 3.A

**DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA
Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.**



CUADRO No. 4.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE
PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL CUILAPA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A
1995.**

	1-30 DIAS		1-2 MESES		3-6 MESES		7-12 MESES		1-2 AÑOS		3- MAS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	1	3.1	3	9.4	6	18.7	1	3.1	1	3.1			12	37.5
CARCINOMA BASOCELULAR	1	3.1			2	6.25			2	6.25	6	18.7	11	34.3
ADENOCARCINOM A			1	3.1	1	3.1	1	3.1	1	3.1	1	3.1	5	15.6
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOI DE	1	3.1	1	3.1									2	6.2
LINFOEPITELIOM A	1	3.1											1	3.1
ASTROCITOMA	1	3.1											1	3.1
TOTAL	5	15.6	5	15.6	9	28.1	2	6.25	4	12.5	7	21.8	32	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el total de la muestra , debido a que en algunas fichas no había referencia alguna sobre el tiempo de evolución de la enfermedad. El tiempo de evolución en el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello con mayor porcentaje fue en el periodo de 3 - 6 meses con un 28.1 % . Para el Carcinoma Epidermoide fue de 18.7 %, para el Carcinoma Basocelular fue de 6.25 % , para el Adenocarcinoma fue de 3.1 %

CUADRO No. 5.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

	RADIOTERA PIA		QUIMIOTERA PIA		CIRUGIA		REHUSO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR	5	11.6	1	1.7	13	22.8	2	3.6	21	36.8
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	8	14			6	10.5	5	8.7	19	33
ADENOCARCINOM A	4	7			4	7			8	14
LINFOMA	2	3.5	1	1.7					3	5.3
MELANOCARCINO MA					2	3.5			2	3.5
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOI DE					1	1.7	1	1.7	2	3.5
HISTIOCITOMA							1	1.7	1	1.7
ASTROCITOMA					1	1.7			1	1.7
TOTAL	19	33.3	2	2.5	27	47	9	15.8	57	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el de la muestra , debido a que algunos pacientes recibían tratamientos combinados.

El tratamiento mas utilizado para pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue Cirugía con un 47% . Para el tratamiento de Carcinoma Basocelular fue un 22.8%, para el Carcinoma Epidermoide fue un 10.5 %, para el Adenocarcinoma un 7 %, para el Melanocarcinoma un 3.7% , para Carcinoma Mucoepidermoide y Astrocitoma un 1.7 % respectivamente.

CUADRO No. 6.A

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS CLINICOS DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Hemorragia		Dolor		Fiebre		Transtornos digestivos		Transtornos Respiratorios		Pérdida de peso		Mareo y alucinaciones		Total	
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	1	5.9	4	23.5			1	5.9	1	5.9	1	5.9			8	47
ADENOCARCINOMA	1	5.9	2	11.8											3	17.6
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE															2	11.8
CARCINOMA BASOCELULAR															1	5.9
MELANOCARCINOMA															1	5.9
LINFOEPITELIOMA					1	5.9									1	5.9
ASTROCITOMA													1	5.9	1	5.9
TOTAL	2	11.8	10	58.8	1	5.9	1	5.9	1	5.9	1	5.9	1	5.9	17	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

El hallazgo clínico con mayor porcentaje fue el dolor con un 58.8%. Para el Carcinoma Epidermoide fue 23.5% , para Adenocarcinoma con un 11.8%, para Carcinoma Mucoepidermoide fue 11.8%, Carcinoma Basocelular 5.9%, para Melanocarcinoma un 5.9%.

CUADRO No. 7.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION BASICA DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

	LESION EXOFITICA *		LESION ULCERATIV A		MACULA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	6	23.1	3	11.5	1	3.8	10	38.5
CARCINOMA BASOCELULAR	6	23.1	2	7.7	1	3.8	9	34.6
CARCINOMA MUCOEPIDERMIO IDE	2	7.7	1	3.8			3	11.5
ADENOCARCINO MA	3	11.5					3	11.5
LINFOEPITELIO MA	1	3.8					1	3.8
TOTAL	18	69.2	6	23	2	7.7	26	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del departamento de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

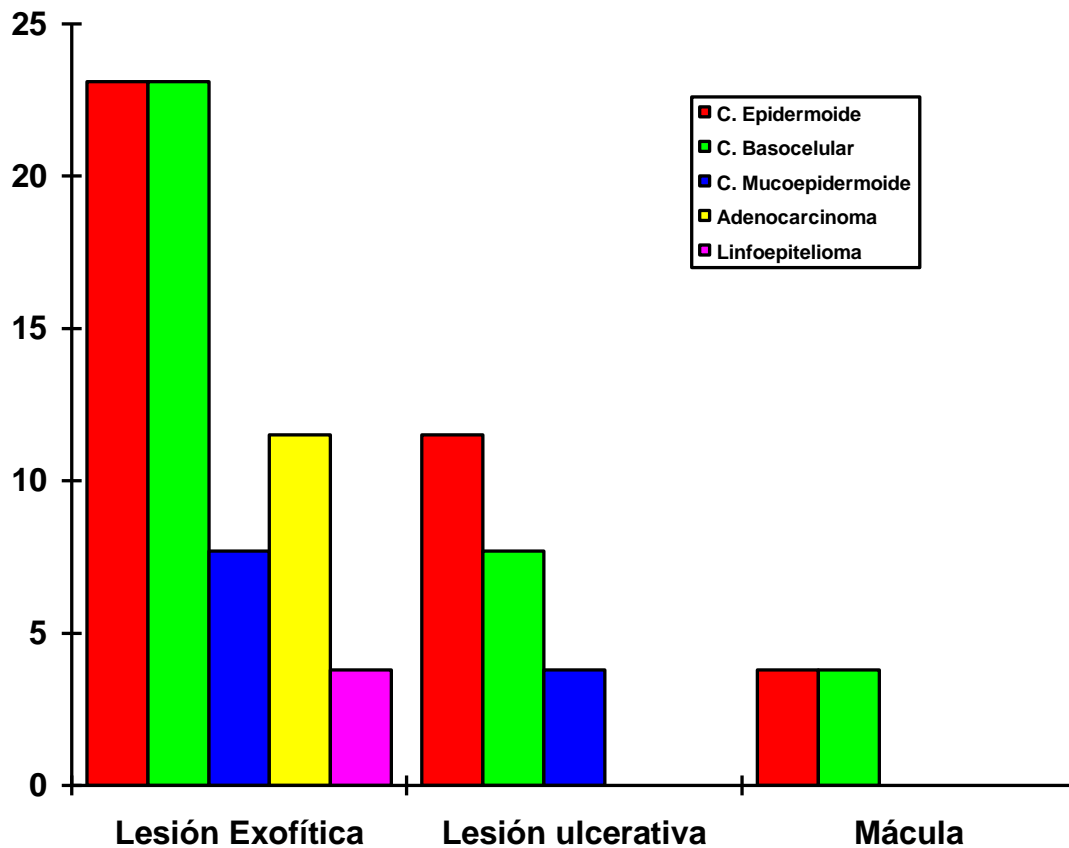
*** Se toma como lesión exofítica todo tumor , nódulo o pápula encontrado en los archivos o en los hallazgos clínicos.**

NOTA: El total del cuadro no coincide con el total de la muestra , debido a que algunos pacientes presentaban en una misma área varias lesiones básicas o no referían alguna.

La lesión básica mas encontrada fue la exofítica con un 69.2%. Para Carcinoma Epidermoide se encontró un 23.1% , para Carcinoma Basocelular un 23.1%, para Carcinoma Mucoepidermoide un 7.7% , para Adenocarcinoma un 11.5% , para Linfopitelioma un 3.8% .

GRAFICA CUADRO No. 7.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION BASICA DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.**



CUADRO No. 8.A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HABITOS DE PACIENTES CON CANCER EN CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 1986 A 1995.

	ALCOHOL		TABACO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	2	16.7	3	25	5	41.6
CARCINOMA BASOCELULAR	1	8.3	1	8.3	2	16.7
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	8.3	1	8.3	2	16.7
LINFOEPITELIOMA	1	8.3	1	8.3	2	16.7
ADENOCARCINOMA			1	8.3	1	8.3
TOTAL	5	41.7	7	58.3	12	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa
hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

NOTA: El total de la muestra no coincide con el total de la muestra, debido a que no todos los pacientes presentaban algún hábito al momento de la consulta.

El hábito mas encontrado con relación a pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue tabaquismo con un 58.3% . Para Carcinoma Epidermoide un 25% , para Carcinoma Basocelular , Linfoepitelioma y Adenocarcinoma un 8.3% respectivamente.

CUADRO No. 9.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACION
DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ,
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.**

	GRADO I BIEN DIFERENCIADO		GRADO II MODERADAMENTE DIFERENCIADO		GRADO III POBREMENTE DIFERENCIADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	11	64.7	4	23.5			15	88.2
ADENOCARCINOMA					1	5.9	1	5.9
LINFOMA					1	5.9	1	5.9
TOTAL:	11	64.7	4	23.5	2	11.8	17	100

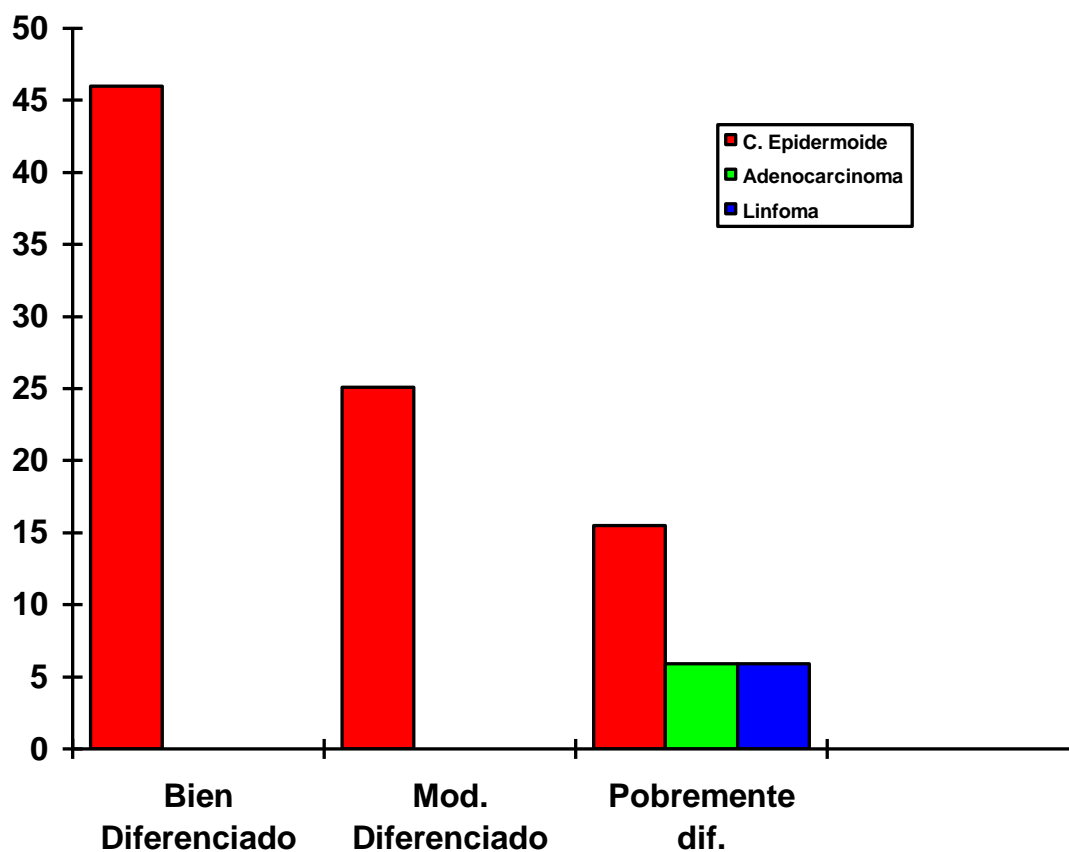
FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que había información incompleta.

El grado de diferenciación de la lesión mas encontrado fue en , bien diferenciado con un 64.7% para casos de Carcinoma Epidermoide.

GRAFICA CUADRO No. 9.A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE
PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
DE 1986 - 1995.**



CUADRO No. 10.A

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y LOCALIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Carcinoma Basocelular		Adenocarcinoma		Carcinoma Epidermoide		Histiocitoma		Melanoma		Carcinoma Mucoepidermoide		Linfoepitelioma		Astrocitoma		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PIEL DE CARA	22	38.6			8	14							1	1.7			31	54.4
LENGUA					5	8.7					1	1.7					6	10.5
ENCÍA					4	7											4	7
PAROTIDA			2	3.5							1	1.7					3	5.3
CRANEO	1	1.7					1	1.7									2	3.5
AMIGDALA													2	3.5			2	3.5
PALADAR			1	1.7	1	1.7											2	3.5
PIEL DE CUELLO									1	1.7							1	1.7
MAXILAR SUPERIOR					1	1.7											1	1.7
PISO DE BOCA			1	1.7													1	1.7
LABIO INFERIOR			1	1.7													1	1.7
CARRILLO			1	1.7													1	1.7
CEREBRO															1	1.7	1	1.7
LABIO SUPERIOR					1	1.7											1	1.7
TOTAL	23	40.3	6	10.5	20	35	1	1.7	1	1.7	2	3.5	3	5.3	1	1.7	57	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

La localización de la lesión más encontrada fue en piel de cara con un 54.4%. En carcinoma Basocelular un 38.6%, en carcinoma Epidermoide un 14%, en Linfoepitelioma 1.7%

***PRESENTACION DE RESULTADOS PARA EL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO***

PRESENTACION DE RESULTADOS PARA EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

Del total de 44 pacientes del área de Chimaltenango 28 eran del sexo femenino y 16 del sexo masculino. El rango de edad evaluados varió de 0 - 10 a 91 - 100 años. El mayor porcentaje (50%) de cáncer de cabeza y cuello se evidenció en los pacientes comprendidos entre las edades de 71 - 80 años para el sexo femenino y 61 a 70 para el sexo masculino (*ver cuadro gráfica No.1.B*).

En cuanto a etnia la mas afectada con cáncer de cabeza y cuello fue la ladina (72.7%) y el sexo mas afectado fue el femenino (63.6 %) (*ver cuadro gráfica No. 2.B*).

Con respecto a la ocupación el mayor porcentaje de pacientes afectados fueron las amas de casa (56.8%) y los agricultores (20.4 %) (*ver cuadro gráfica No.3.B*).

En cuanto al tiempo de evolución previo al diagnóstico de cáncer, el mayor porcentaje fue en el período de 1 - 2 años (18.2 %). Para el carcinoma

Epidermoide fue de 6.8 %; Para el carcinoma Basocelular fue de 4.5 % y para Adenocarcinoma fue de 6.8 % ; seguido del rango de 3-6 meses con un 15.9% distribuido así: Carcinoma Epidermoide 2.3%, carcinoma Basocelular 9.1%, Adenocarcinoma 4.5% (*ver cuadro No. 4.B*).

Respecto al tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello para el área de Chimaltenango se encontró que el mas utilizado es la radioterapia (46.7%). Para el carcinoma Basocelular fue 20 %; para carcinoma Epidermoide fue 20%; para Linfoma 4.4%; para Adenocarcinoma 2.2% . Seguido por cirugía con un 40% distribuido así: Carcinoma Basocelular 20%, Carcinoma Epidermoide 11.1%, Linfoma y Rabdomiosarcoma 2.2% respectivamente y Adenocarcinoma 4.4% (*ver cuadro 5.B*).

La distribución según diagnóstico y hallazgos clínicos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en el hospital regional de Chimaltenango el hallazgo clínico con mayor porcentaje fue el dolor (40%). Para carcinoma Epidermoide fue de 20%; para Carcinoma Basocelular 20% , así como también el ardor y prurito se encontró en segundo lugar con un 20% para el Carcinoma Basocelular. (*ver cuadro No. 6.B*)

La lesión básica más encontrada fue la exofítica (70%). Para carcinoma Epidermoide se encontró un 23.1%; para carcinoma Basocelular un 15%; para Adenocarcinoma 15%; para Rabdomiosarcoma 5%. La segunda lesión básica mas encontrada fue la ulcerativa con un 20% distribuido así: Carcinoma Epidermoide y Melanocarcinoma 5% respectivamente, Carcinoma Basocelular 10% (*ver cuadro gráfica No.7.B*).

La distribución según diagnóstico y hábitos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello encontrados para el departamento de Chimaltenango, se encontró que el hábito con mayor porcentaje fue el tabaquismo (80%). Para carcinoma Epidermoide un 40%; para carcinoma Basocelular 40% (*ver cuadro No. 8.B*)

El grado de diferenciación en lesiones de cáncer de cabeza y cuello, en pacientes del departamento de Chimaltenango, con el mayor porcentaje fue el grado II (moderadamente diferenciado) con un 44%. Para casos de carcinoma Epidermoide (*ver cuadro gráfica No. 9.B*)

La localización de la lesión con mayor porcentaje fue en piel de cara (52.7%). En carcinoma Basocelular un 38.1%; carcinoma Epidermoide un 12.7%; Linfopitelioma 1.8% (*ver cuadro No. 10.B*)

.

CUADRO No. 1. B

DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

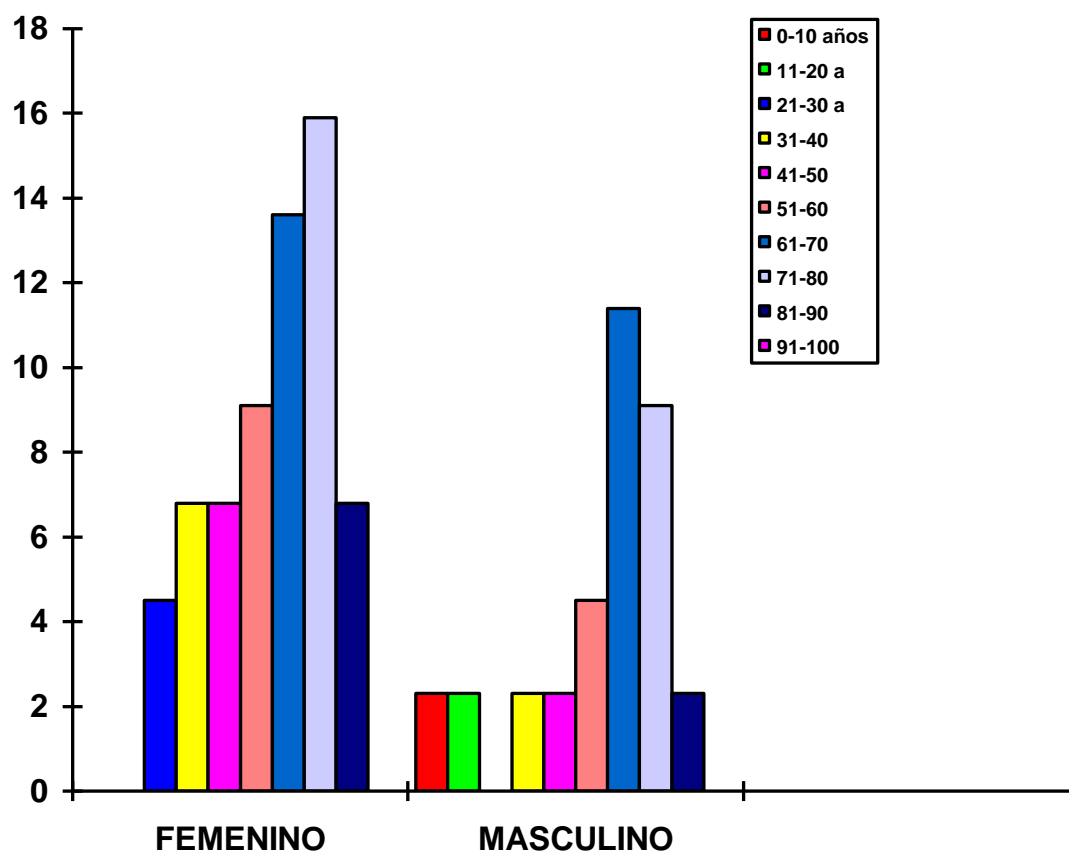
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
0 a 10			1	2.3	1	2.3
11 a 20			1	2.3	1	2.3
21 a 30	2	4.5			2	4.5
31 a 40	3	6.8	1	2.3	4	9.1
41 a 50	3	6.8	1	2.3	4	9.1
51 a 60	4	9.1	2	4.5	6	13.6
61 a 70	6	13.6	5	11.4	11	25
71 a 80	7	15.9	4	9.1	11	25
81 a 90	3	6.8	1	2.3	4	9.1
91 a 100						
TOTAL:	28	63.5	16	36.4	56	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

El rango de edad de pacientes afectados con cáncer de cabeza y cuello fue de 61 a 70 con un 25 % y de 71 a 80 con un 25 % , el rango de edad menos afectado fue de 91 a 100 no habiendo encontrado ningún caso

GRAFICA CUADRO No. 1.B

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.



CUADRO No. 2.B

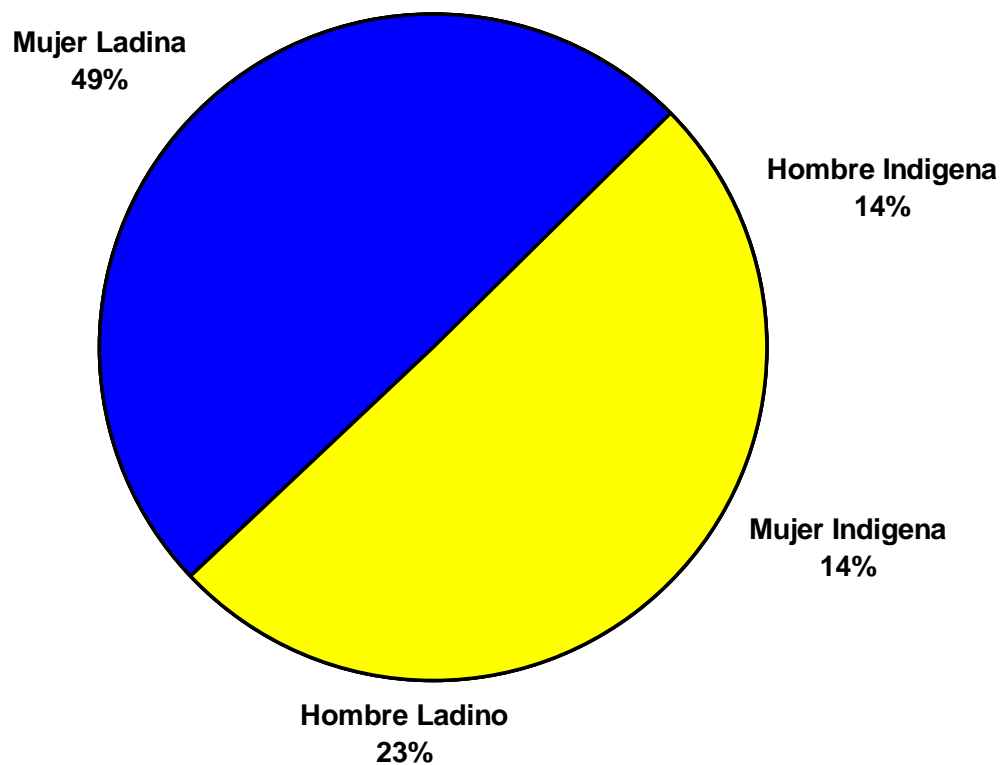
DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	INDIGENA		LADINO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
<i>FEMENINO</i>	6	13.6	22	50	28	63.6
MASCULINO	6	13.6	10	22.7	16	36.4
TOTAL	12	27.3	32	72.7	44	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.
La etnia mas afectada fue la ladina con un 72.7% , el sexo mas afectado fue femenino con un 50% , los pacientes menos afectados fueron los indígenas de sexo masculino y femenino con un 13.6 % r

GRAFICA CUADRO 2.B

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.



CUADRO No. 3.B

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

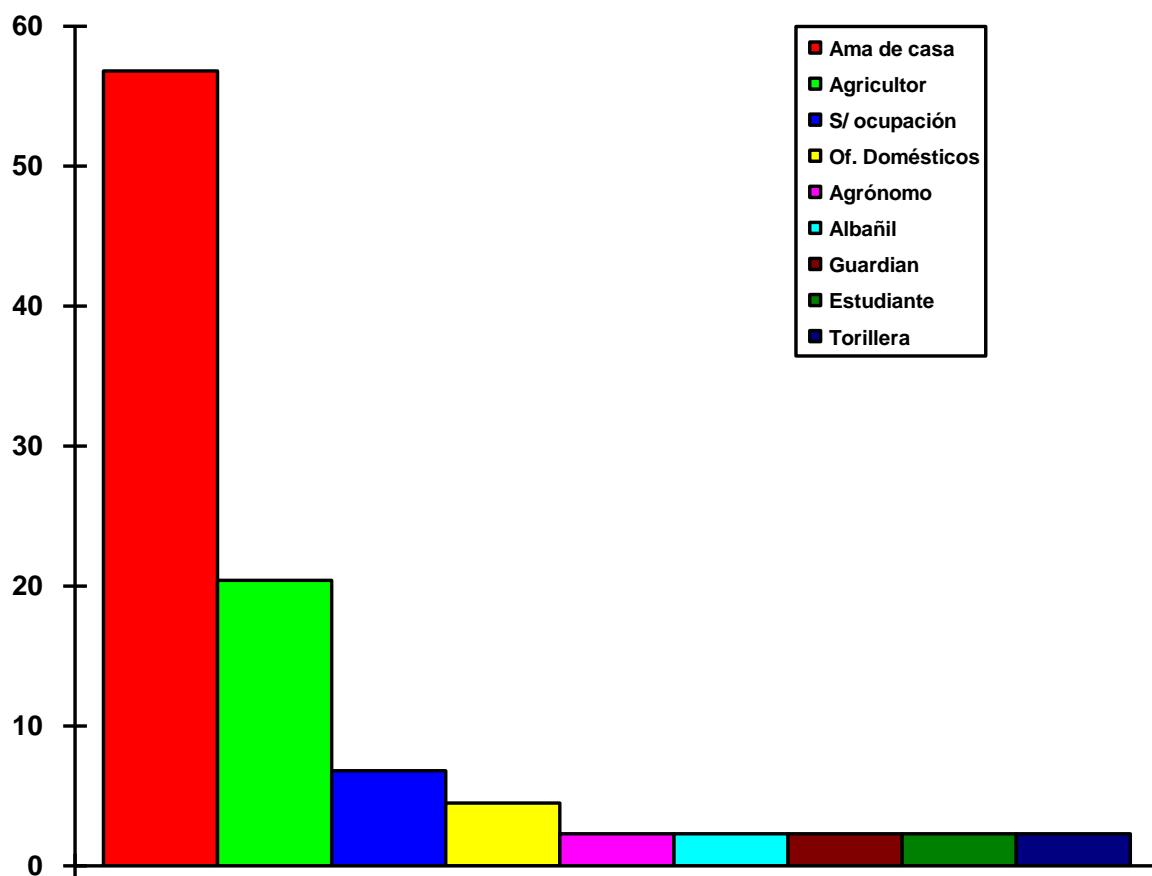
	f	%
AMA DE CASA	25	56.8
AGRICULTOR	9	20.4
SIN OCUPACION	3	6.8
OFICIOS DOMESTICOS	2	4.5
AGRONOMO	1	2.3
ALBAÑIL	1	2.3
GUARDIAN	1	2.3
ESTUDIANTE	1	2.3
TORTILLERA	1	2.3
TOTAL	44	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Las ocupaciones que se vieron mas afectadas fueron amas de casa con un 56.8 % y agricultores con 20.4 % del total de la muestra.

GRAFICA CUADRO No. 3.B

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.



CUADRO No. 4.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE
PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL CHIMALTENANGO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE 1986 A 1995.**

	1-30 DIAS		1-2 MESES		3-6 MESES		7-12 MESES		1-2 AÑOS		3- MÁS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	2	4.5	3	6.8	1	2.3	1	2.3	3	6.8	2	4.5	12	27.3
CARCINOMA BASOCELULAR			1	2.3	4	9.1			2	4.5	2	4.5	9	20.5
LINFOMA									3	6.8	1	2.3	4	9.1
ADENOCARCINOMA					2	4.5							2	4.5
MELANOMA											1	2.3	1	2.3
RABDOMIOSARCOMA			1	2.3									1	2.3
TOTAL	2	4.5	5	15.6	7	15.9	1	2.3	8	18.2	6	13.6	29	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de esta grafica no coincide con el total de la muestra, debido a que en algunas fichas no había referencia alguna sobre el tiempo de evolución de la enfermedad. El tiempo de evolución en el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello con mayor porcentaje fue en el periodo de 1 a 2 años con un 18.2 %. Para el Carcinoma Epidermoide fue de 6.8 %, para el Carcinoma Basocelular fue de 4.5 %, para el Linfoma fue de 6.8 %.

CUADRO No. 5.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CHIMALTENANGO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

	RADIOTERAPIA		QUIMIOTERAPIA		CIRUGIA		REHUSO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR	9	20			9	20	2	4.4	20	44.4
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	9	20			5	11.1	3	6.6	17	37.7
LINFOMA	2	4.4	1	2.2	1	2.2			4	8.8
ADENOCARCINOMA	1	2.2			2	4.4			3	6.6
RABDOMIOSARCOMA					1	2.2			1	2.2
TOTAL	21	46.7.	1	2.2	18	40	5	11.1	45	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el número total de casos , debido a que algunos pacientes recibían tratamientos combinados.

El tratamiento mas utilizado es Radioterapia con un 46.7 % del total de la muestra. En el tratamiento de Carcinoma Basocelular con Radioterapia el porcentaje fue de 20, en el tratamiento de Carcinoma Epidermoide el porcentaje fue de 20, en el tratamiento de Linfoma el porcentaje fue de 4.4, el tratamiento de Adenocarcinoma el porcentaje fue de 2.2.

CUADRO No. 6.B

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS CLINICOS DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANDO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Hemorragia		Dolor		Ardor y prurito		Transtornos urinarios		Transtornos digestivos		Pérdida de peso		Total	
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMOIDE			2	20			1	10	1	10	1	10	5	50
CARCINOMA BASOCELULAR	1	10	2	20	2	20							5	50
TOTAL	1	10	4	40	2	20	1	10	1	10	1	10	10	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

El hallazgo clínico con mayor porcentaje fue el dolor con un 58.8%. Para el Carcinoma Epidermoide fue 23.5% , para Adenocarcinoma con un 11.8%, para Carcinoma Mucoepidermoide fue 11.8%, Carcinoma Basocelular 5.9%, para Melanocarcinoma un 5.9%.

CUADRO No. 7.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION BASICA DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CHIMALTENANGO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

	LESION EXOFITICA *		LESION ULCERATIV A		MACULA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	7	35	1	5			8	40
CARCINOMA BASOCELULAR	3	15	2	10			5	25
ADENOCARCINOM A	3	15			1	5	4	20
MELANOCARCINO MA			1	5	1	5	2	10
RABDOMIOSARCO MA	1	5					1	5
TOTAL	14	70	4	20	2	10	20	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del departamento de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

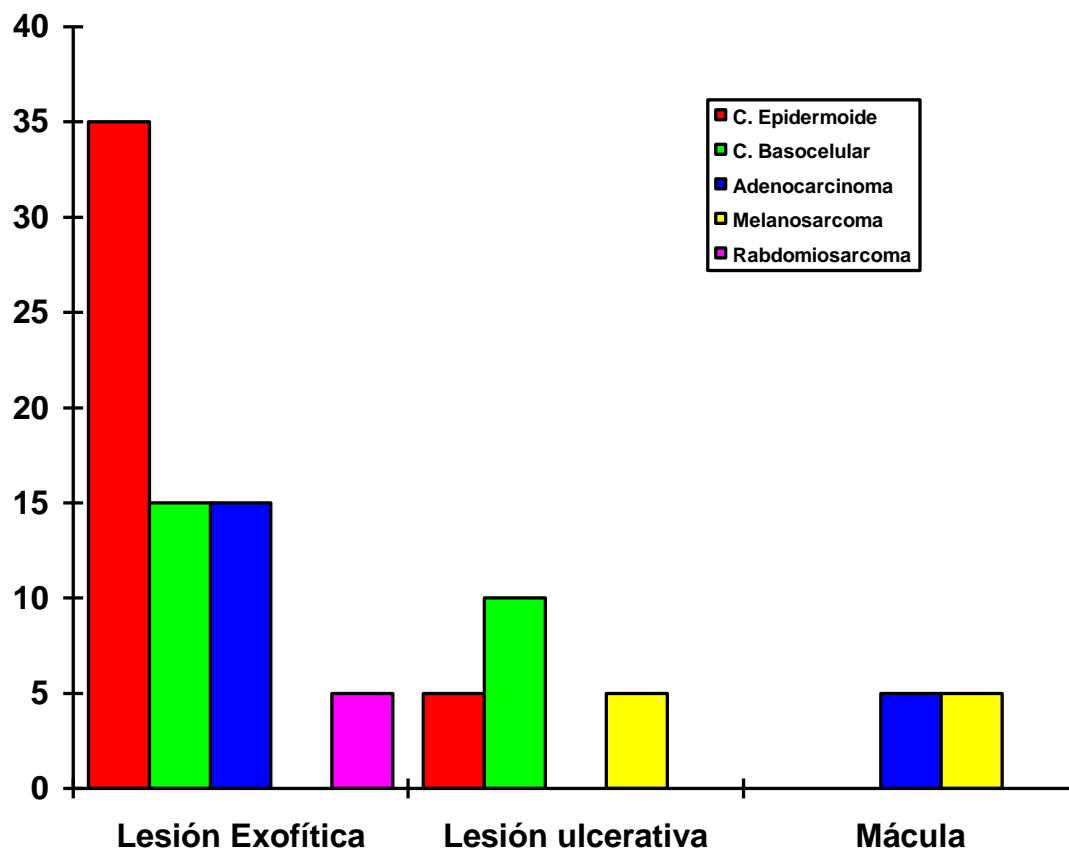
* Se toma como lesión exofítica todo tumor, nódulo o pápula encontrado en los archivos clínicos o en los hallazgos clínicos.

NOTA: El total del cuadro no coincide con el total de la muestra, debido a que algunos pacientes presentaban en una misma área varias lesiones básicas o no referían alguna.

La lesión básica mas encontrada fue la exofítica con un 70%. Para Carcinoma Epidermoide con un 35% , para Carcinoma Basocelular un 15% , para Adenocarcinoma un 15% , para Rabdomiosarcoma un 5%.

GRAFICA CUADRO No. 7.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION BASICA DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.**



CUADRO No. 8.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HABITOS DE PACIENTES CON CANCER
EN CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE
CHIMALTENANGO EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 1986 A 1995.**

	ALCOHOL		TABACO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	1	20	2	40	3	60
CARCINOMA BASOCELULAR			2	40	2	40
TOTAL	1	20	4	80	5	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

NOTA: El total de la muestra no coincide debido a que no todos los pacientes presentaban algún hábito.

El hábito mas encontrado con relación a pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue tabaquismo, con un 80 %. Para Carcinoma Epidermoide con un 40% ,para Carcinoma Basocelular un 40%.

CUADRO No. 9.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACIÓN
DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO , ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.**

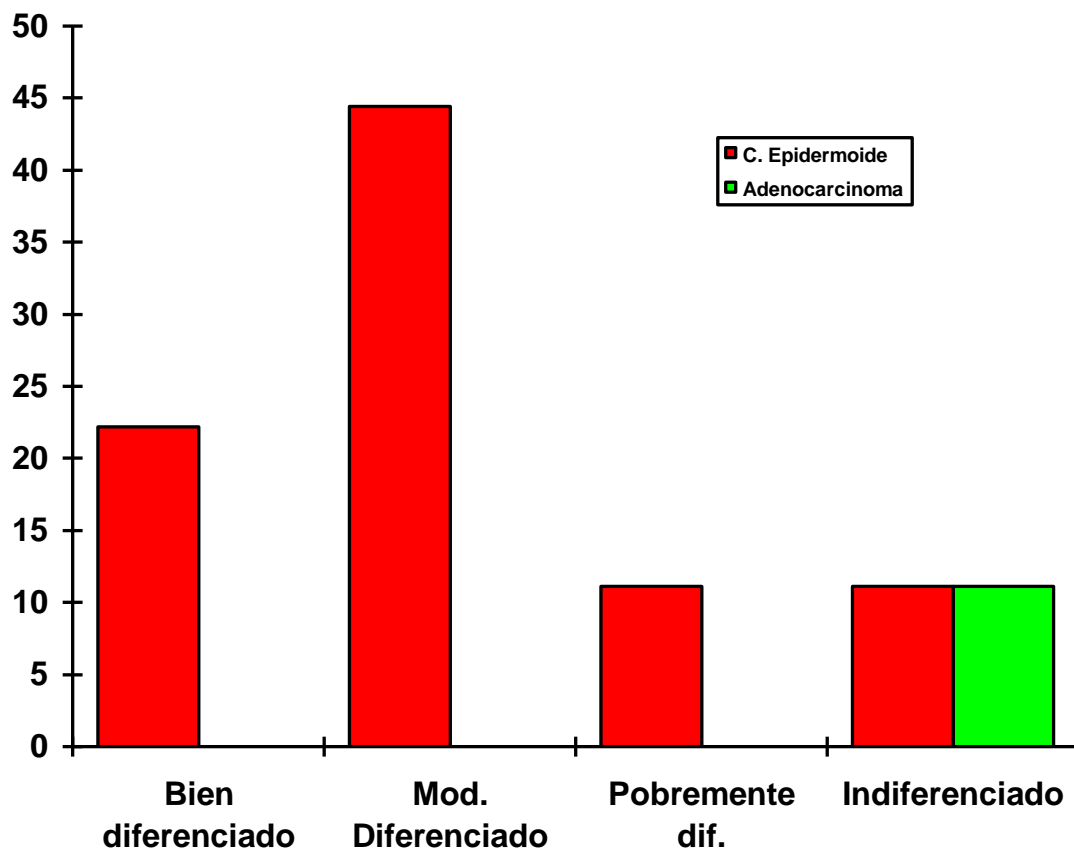
	GRADO I BIEN DIFERENCIA DO		GRADO II MODERADAME NTE DIFERENCIADO		GRADO III POBREMENT E DIFERENCIA DO		INDIFER ENCIADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	%	f	f	%
CARCINOMA EPIDERMOID E	2	22.2	4	44.4	1	11.1	1	11.1	8	88.9
ADENOCARCI NOMA							1	11.1 1	1	11.1
TOTAL:	2	22.2	4	44.4	1	11.1	11.1	2		

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Chimaltenango y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el total de la muestra, debido a que esta información estaba incompleta.

GRAFICA CUADRO No. 9.B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE
PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.**



CUADRO No.10.B

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO ENTRE 1986 A 1995.

	CARCINOMA EPIDERMIDE		CARCINOMA BASOCELULAR		RABDOMIOSAR-COMA		LINFOEPITE-LIOMA		ADENO CARCINOMA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PIEL DE CARA	11	25.6	14	32.5	1	2.3	1	2.3	1	2.3	28	65
CRÁNEO	1	2.3	2	4.6					1	2.3	4	9.3
PALADAR	4	9.3									4	9.3
LABIO SUPERIOR			1	2.3			2	4.6			3	7
LABIO INFERIOR									1	2.3	1	2.3
PAROTIDA									1	2.3	1	2.3
MAXILAR INFERIOR	1	2.3									1	2.3
MAXILAR SUPERIOR	1	2.3									1	2.3
TOTAL	18	41.9	17	39.5	1	2.3	3	7	4	9.3	43	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta. La localización de la lesión más encontrada fue en piel de cara con un 65%. En carcinoma Basocelular se encontraron 32.5% casos, carcinoma Epidermoide 25.6%, Rbdomiosarcoma, Linfoepitelioma y Adenocarcinoma 2.3% respectivamente.

DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS PARA LOS DEPARTAMENTOS DE CUILAPA Y CHIMALTENANGO

El número de casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido entre 1986 a 1995 fue de 100 casos, observándose un mayor número de casos en Cuilapa (56) y Chimaltenango (44). De los casos registrados el rango de edad mas afectado en Cuilapa fue de 51 a 60 años para el sexo femenino y 71 a 80 para el sexo masculino. En el departamento de Chimaltenango el rango de edad fue de 61 a 80 años del total.

Con relación al grupo étnico para el departamento de Cuilapa el 89.3% de los pacientes afectados fueron ladinos encontrándose de la misma forma para el departamento de Chimaltenango con un 72.7% de ladinos afectados, llegando con esto a la conclusión que los ladinos son afectados mayormente por el cáncer.

La ocupación mas frecuente en orden decreciente en Cuilapa fue : ama de casa 44.6% y agricultor 35.7%, en Chimaltenango fue: ama de casa 56.8 % y agricultor 20.4%, de estos datos se puede deducir que el agricultor aparece entre los

mas afectados debido a su exposición al medio ambiente, pero con respecto a la ama de casa nos surge una interrogante: Porqué la alta frecuencia de las amas de casa. Lo cual queda como duda ya que no es el motivo de este estudio.

Con relación al tiempo de evolución, en Cuilapa se encontró que el 28.1% de los casos reportados pertenecían al rango de 3 a 6 meses. Con respecto a Chimaltenango encontramos que el rango es de 1 a 2 años es el mas afectado con un 18.2%. NOTA: Para establecer el tiempo de evolución se tomó el tiempo transcurrido desde que el paciente evidenció la lesión hasta el momento de su primera consulta.

Con relación al tratamiento de elección se observa en orden decreciente que en Cuilapa son: Cirugía 47%, Radioterapia 33.3%, rehusó el tratamiento 15.8%, y Quimioterapia 3.5 %. En Chimaltenango se nota una diferencia ya que la Radioterapia es el tratamiento mas utilizado con un 46.7%, seguido por cirugía 40 %, Rehusó el tratamiento 11.1% , y Quimioterapia 2.2%; esto nos indica que el tratamiento de elección difiere entre los dos departamentos.

De los hallazgos clínicos encontrados en ambos departamentos el dolor fue la manifestación mas encontrado con un 58.8 % en Cuilapa y 40 % en Chimaltenango.

Con relación al tipo de lesión que presentaban los carcinomas encontramos que la lesión exofítica es la mas común en los dos departamentos: Cuilapa con un 69.2% y en Chimaltenango un 70%, puede deducir que es debido a que la mayoría eran Carcinomas Epidermoides y Basocelulares, siendo las lesiones exofíticas lesión básica de estos tipos de Carcinoma. Además podemos decir que algunos Carcinomas Basocelulares están anotados como úlcera debido a que en las fichas se indicaban como tumores ulcerados.

Con relación a los hábitos, fueron encontrados como mas frecuentes el tabaco y el alcohol. El tabaco tenía una mayor frecuencia 58.3% en Cuilapa y 80% en el departamento de Chimaltenango. Sin embargo estos porcentajes no son del todo completos, debido a errores al anotar estos datos en las fichas clínicas, por lo que no es concluyente este dato para ambos departamentos.

En cuanto al grado de diferenciación, encontramos que en Cuilapa 64.7% eran la mayoría bien diferenciados y en Chimaltenango su mayoría eran moderadamente diferenciados con un 44.4%, la mayoría de los casos presentaban un buen pronóstico, pues estos estaban bien diferenciados.

La localización en ambos departamentos fue piel de cara con un 54.4%, en Cuilapa y 65% en Chimaltenango, observándose que por ser en su mayoría agricultores y estar en contacto con el medio ambiente presentaban mas lesiones en piel de cara que en el área intrabucal. Siendo en Cuilapa el Carcinoma Basocelular mas frecuente con un 40.3% y el Epidermoide en Chimaltenango con un 41.9%. Intraoralmente sí fueron observados Carcinomas Epidermoides distribuidos de la siguiente manera: Cuilapa: lengua 8.7% , encía 7% , paladar 1.7% , maxilar superior 1.7% , labio superior 1.7%; en el departamento de Chimaltenango : Paladar 9.3% , maxilar superior 2.3%, maxilar inferior 2.3%.

***DISCUSIÓN DE RESULTADOS PARA LOS
DEPARTAMENTOS DE COBAN, CUILAPA,
CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO,
MAZATENANGO, QUETZALTENANGO Y ZACAPA***

El número total de casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados en los Hospitales Regionales de Cobán, Cuilapa, Chimaltenango, Escuintla, Huehuetenango, Mazatenango, Quetzaltenango y Zacapa durante el periodo que comprende de 1986 a 1995 fue de 667 casos, en orden decreciente el resultado fue así: Escuintla 93 casos; Zacapa 86 casos; Huehuetenango 69 casos; Quetzaltenango 68 casos; Cuilapa 56 casos, Mazatenango 51 casos, Chimaltenango 44 casos, Cobán 35 casos. La distribución según sexo y edad para estos departamentos fue el siguiente: el sexo mas afectado fue el femenino con un 57.32%. Dándose con esto una discrepancia a los resultados que da la literatura actual, ya que dicha información nos indica que el sexo mas afectado es el masculino. Con respecto a

edad, la mas afectada fue, la perteneciente al rango de 61-70 años y de 71 a 80 años, con un 23.80% y un 21.52% respectivamente, dicha información si concuerda con la literatura actual, donde nos indica que el cáncer de cabeza y cuello afecta mas a pacientes pertenecientes a las últimas décadas de la vida.(*ver Cuadro No. 1*).

Con relación al grupo étnico la distribución fue de la siguiente manera:

Ladinos 88% e indígenas un 12%, con esto podemos llegar a la conclusión que dichos datos coinciden con la literatura actual, de que el cáncer de cabeza y cuello afecta en mayor proporción a la raza blanca (*ver cuadro No.2*).

La ocupación mas frecuente en orden decreciente fue: amas de casa (40.8%), agricultores (31.5%), sin ocupación (14.3%), comerciante (4.4%), piloto (1.4%), oficinista (1.2%), además encontramos otras ocupaciones como: estudiante, oficios domésticos, sastre, soldador, guardián, tortillera, agrónomo, jardinero, talabartero pero todos ellos con un porcentaje menor al 1% respectivamente. De estos datos podemos deducir que el agricultor aparece entre los mas afectados debido a su exposición al medio ambiente, pero con respecto a la ama de casa nos surge una interrogante; ¿ porqué la alta frecuencia de amas de casa?, por lo cual sería interesante investigar, qué actividades implica dicha ocupación en nuestro medio.(*ver cuadro No.3*).

El carcinoma Epidermoide (41.6%) y el carcinoma Basocelular (37.4%) son los mas comúnmente reportados, representando el 79% del total de casos registrados. En relación al tiempo de evolución, podemos mencionar, que una corta nos sugiere un mal pronóstico, por el contrario una larga (1-2 años), nos proporciona un buen pronóstico. En esta investigación se encontró que el tiempo de evolución más frecuente fue de 3-6 meses (29.7%), siendo para el carcinoma Epidermoide un 17.1% y para carcinoma Basocelular el tiempo de evolución fue de 1-2 años (11.9%).

Lo anterior nos indica el grado de agresividad que pueden tener los carcinomas, como lo establecido en la literatura, el carcinoma Epidermoide es una neoplasia de crecimiento rápido (3-6 meses) y el carcinoma Basocelular, por el contrario tiene un crecimiento lento (1-2 años).

Nota: Para establecer el tiempo de evolución, se anotó el tiempo transcurrido desde que el paciente lo evidenció, hasta el momento de su primera consulta.(*ver cuadro No.4*).

Con relación al tratamiento de elección se encontró que el 40.5% recibieron radioterapia, siendo este el tratamiento de mayor elección , llama la atención que el 23.4% de pacientes que rehusaron el tratamiento, lo cual puede deberse al alto costo de otros tratamientos, como la quimioterapia, posiblemente la falta de

educación o la accesibilidad de realizarse el tratamiento debido a la lejanía de hospitales y centros de atención que en su mayoría se encuentran en la capital. (*ver cuadro No.5*)

De los síntomas encontramos que el dolor (60.9%), y la disfagia (14.4%), son los síntomas mas frecuentemente referidos (*ver cuadro No. 6*).

En relación al tipo de lesión que presentaban los carcinomas encontramos que el 78.4% de las lesiones fueron exofíticas, como conclusión al respecto podríamos decir que es debido a que la mayoría eran carcinomas Epidermoides y Basocelulares siendo estas las lesiones básicas de este tipo de carcinomas. Cabe hacer notar que algunos carcinomas Basocelulares están anotados como úlcera por estar en las fichas clínicas como tumores ulcerados. (*ver cuadro No. 7*)

Con relación a los hábitos, fueron encontrados como mas frecuentes el tabaco y el alcohol. El tabaco tenía una mayor frecuencia con un 70.4%. Sin embargo estos porcentajes no son del todo concluyentes, debido a la falta de información de dichos datos en las fichas clínicas. (*ver cuadro No.8*).

En cuanto al grado de diferenciación de la lesión, encontramos que hay una tendencia un poco mayor de casos, que van de bien diferenciados a moderadamente

diferenciados. Siendo esta distribución de la siguiente manera: bien diferenciado 48.7%, moderadamente diferenciado 27.8%, pobremente diferenciado 20.8%, indiferenciado 2.7%, la mayoría de los casos presentaban un buen pronóstico, pues éstos estaban bien diferenciados. (*ver cuadro No.9*).

La localización mas frecuente fue en piel de cara con un 53.7%, siendo el carcinoma Basocelular, el que presentó el mayor porcentaje 38.2% Intraoralmente se observa una marcada frecuencia de carcinoma Epidermoide, sin embargo no se observa la presencia de ningún tipo de carcinoma Basocelular, lo cual corrobora los datos presentados por la literatura extranjera, que nos indica que el carcinoma Basocelular se presenta en las superficies expuestas de la piel.(*ver cuadro No. 10*).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

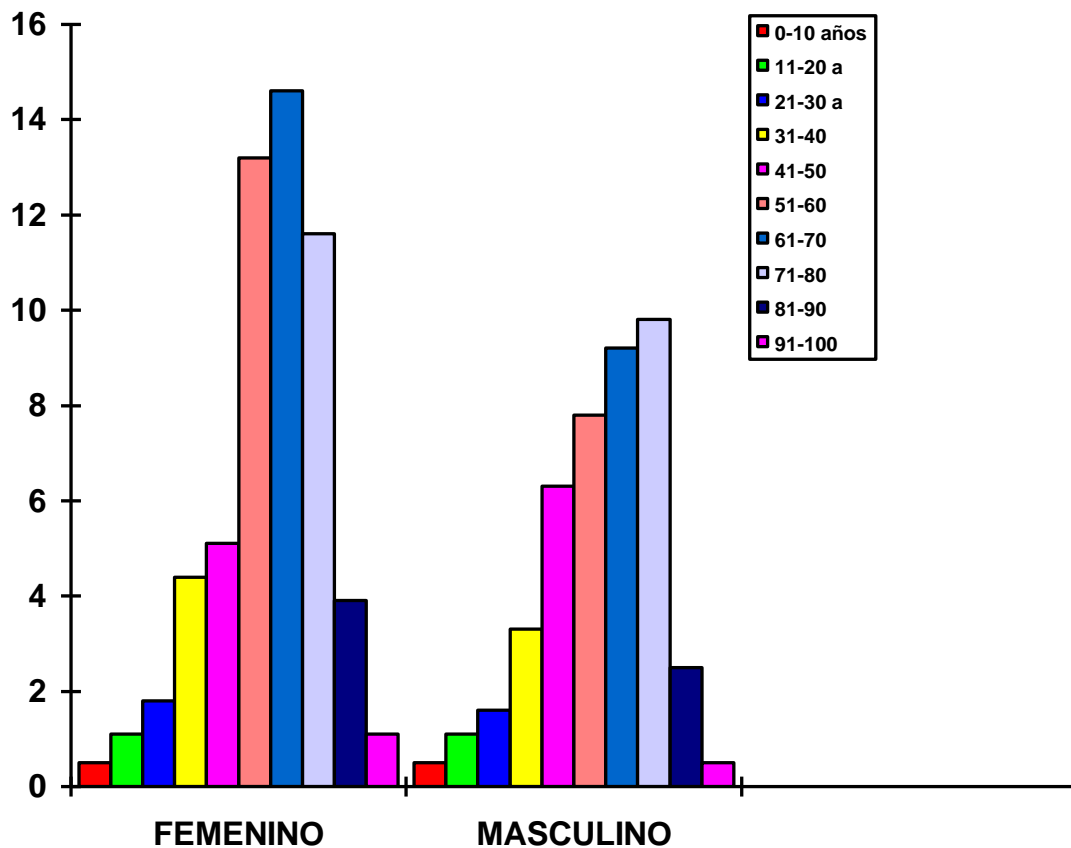
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
0 a 10	3	0.5	3	0.5	6	1.1
11 a 20	6	1.1	6	1.1	12	2.1
21 a 30	10	1.8	9	1.6	19	3.2
31 a 40	25	4.4	19	3.3	44	7.8
41 a 50	29	5.1	36	6.3	65	11.5
51 a 60	75	13.2	44	7.8	119	21
61 a 70	83	14.6	52	9.2	135	23.8
71 a 80	66	11.6	56	9.9	122	21.5
81 a 90	22	3.9	14	2.5	36	6.3
91 a 100	6	1.1	3	0.5	9	1.6
TOTAL:	325	57.3	242	42.7	567	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

El rango de edad de pacientes que se vieron más afectados con cáncer de cabeza y cuello fue de 61 a 70 años con un 23.8%, y el de 71 a 80 años con un 21.52 %, los rangos de edad menos afectados fueron de 0 a 10 y 91 a 100 años con un 1.06 % y 1.58% del total de la muestra respectivamente.

GRAFICA CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.



CUADRO No. 2

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

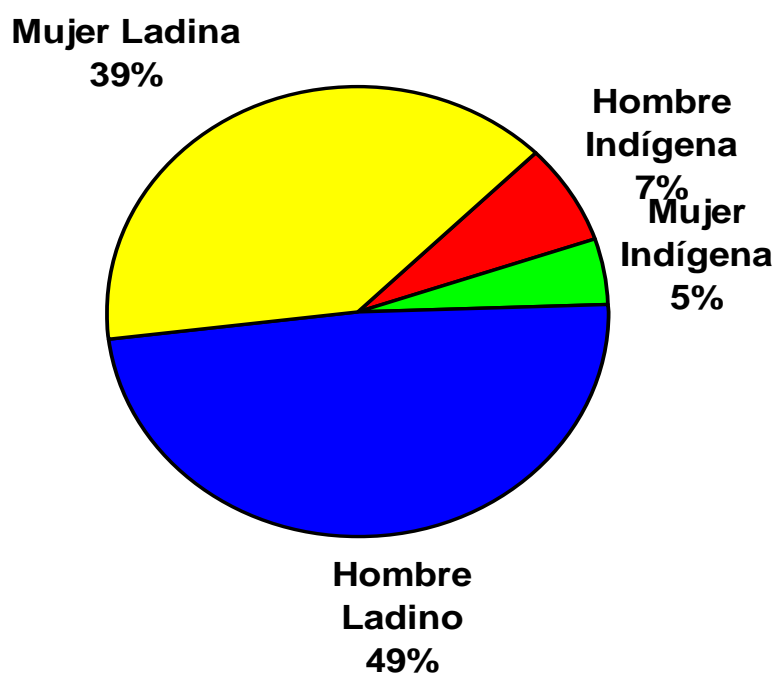
SEXO \ ETNIA	INDIGENA		LADINO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
FEMENINO	23	4.8	187	39.4	210	44.2
MASCULINO	34	7.2	231	48.6	265	55.8
TOTAL	57	12	418	88	475	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

La etnia mas afectada fue la ladina con un 88 % y el sexo mas afectado fue el masculino con un 55.8 % , los pacientes menos afectados fueron los de etnia indígena y sexo femenino con un 4.8 %

GRAFICA CUADRO 2

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.



CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

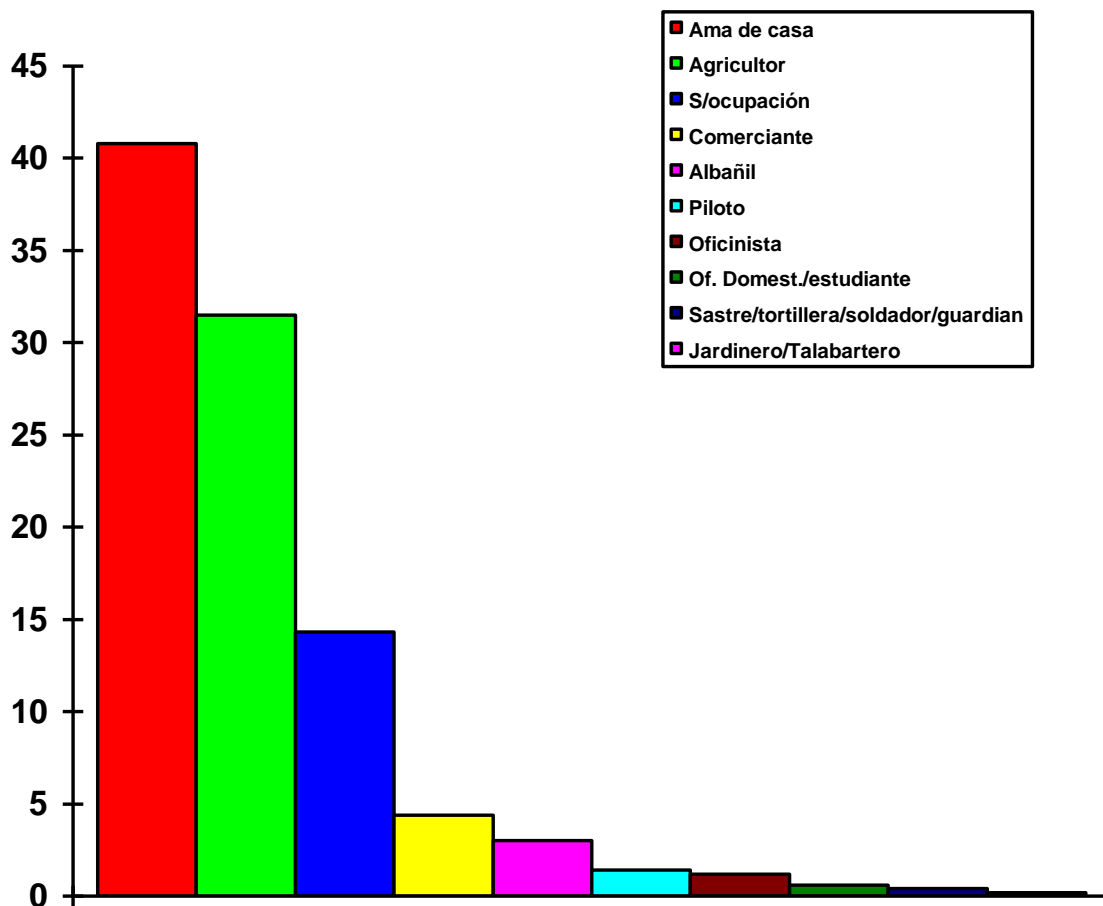
	f	%
AMA DE CASA	205	40.8
AGRICULTOR	158	31.5
SIN OCUPACION	72	14.3
COMERCIANTE	22	4.4
ALBAÑIL	15	3
PILOTO	7	1.4
OFICINISTA	6	1.2
OFICIOS DOMESTICOS	3	0.6
ESTUDIANTE	3	0.6
SASTRE	2	0.4
SOLDADOR	2	0.4
GUARDIAN	2	0.4
TORTILLERA	2	0.4
AGRONOMO	1	0.2
JARDINERO	1	0.2
TALABARTERO	1	0.2
TOTAL	502	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

Las ocupaciones que se vieron mas afectadas fueron amas de casa con un 40.8 % y agricultores con 31.5 % del total de la muestra.

GRAFICA CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.



CUADRO No. 4

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE PACIENTES
CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES
REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA
HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.**

	1-30 DIAS		1-2 MESES		3-6 MESES		7-12 MESES		1-2 AÑOS		3- MAS AÑOS		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	12	3.9	15	4.8	53	17.1	20	6.4	23	7.4	6	1.9	129	41.6
CARCINOMA BASOCELULAR	6	1.9	11	3.5	21	6.8	8	2.6	37	11.9	33	10.6	116	37.4
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	1	0.3	2	0.6	3	1	4	1.3	2	0.6	2	0.6	14	4.5
LINFOEPITELIOMA	1	0.3	3	1	4	1.3	5	1.6					13	4.1
ADENOCARCINOMA			2	0.6	3	1	3	1	2	0.6	1	0.3	11	3.5
LINFOSARCOMA					2	0.6			3	1	3	1	8	2.6
RABDOMIOSARCOMA			3	1	1	0.3	1	0.3					5	1.6
SARCOMA	1	0.3	1	0.3	1	0.3							3	1
MIELOMA MULTIPLE			1	0.3	2	0.6							3	1
MELANOMA							1	0.3			1	0.3	2	0.6
OSTEOSARCOMA			1	0.3	1	0.3							2	0.6
FIBROMA					1	0.3							1	0.3
MELANOMA MALIGNO	1	0.3											1	0.3
CONDROSARCOMA							1	0.3					1	0.3
ASTROCITOMA	1	0.3											1	0.3
TOTAL	23	7.4	39	12.6	92	29.7	43	13.9	67	21.6	46	14.9	310	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el total de la muestra , debido a que en algunas fichas no había referencia alguna sobre el tiempo de evolución de la enfermedad.

El tiempo de evolución en el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello con mayor porcentaje fue en el periodo de 3 - 6 meses con un 29.7 % . Para el Carcinoma Epidermoide fue de 17.1 %, para el Carcinoma Basocelular fue de 6.8 % , para el Linfopitelioma fue de 1.3 %

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

	RADIOTERAPIA		QUIMIOTERAPIA		CIRUGIA		REHUSO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	103	20.3	15	2.9	42	8.3	57	11.2	217	42.7
CARCINOMA BASOCELULAR	71	14	16	3.1	74	14.6	43	8.5	204	40.1
ADENOCARCINOMA	9	1.8	1	0.2	9	1.8	4	0.8	23	4.5
LINFOEPITELIOMA	9	1.8	4	0.8	3	0.6	2	0.4	18	3.5
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	7	1.4	2	0.4	6	1.2	2	0.4	17	3.3
LINFOMA	4	0.8	2	0.4	1	0.2			7	1.4
SARCOMA OSTEOGÉNICO	1	0.2	1	0.2	1	0.2	2	0.4	5	1
RABDOMIOSARCOMA	1	0.2			1	0.2	2	0.4	4	0.8
MELANOCARCINOMA					1	0.2	3	0.6	4	0.8
MIELOMA MÚLTIPLE			1	0.2			1	0.2	2	0.4
OSTEOSARCOMA	1	0.2			1	0.2			2	0.4
HEMANGIOSARCOMA							2	0.4	2	0.4
CONDROSARCOMA			1	0.2					1	0.2
HISTIOCITOMA							1	0.2	1	0.2
ASTROCITOMA					1	0.2			1	0.2
TOTAL	206	40.5	43	8.5	140	27.5	119	23.4	508	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

NOTA: El total de esta gráfica no coincide con el de la muestra, debido a que algunos pacientes recibían tratamientos combinados.

El tratamiento más utilizado para pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue Radioterapia con un 40.5%. Para el tratamiento de Carcinoma Epidermoide fue un 20.3 %, para carcinoma Basoceleular 14%, el Adenocarcinoma un 1.8 %, para el Linfoepitelioma 1.8% , para Carcinoma Mucoepidermoide 1.4%, Linfoma 0.8%, Sarcoma Osteogénico y Osteosarcoma 0.2% respectivamente.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS CLINICOS DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Hemorragia		Dolor		Fiebre		Disfagia		Ardor y prurito		T. urinario		T. digestivo		T. respiratorio		Pérdida de peso		Mareo y alucinaciones		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	4	2.7	54	36.9	3	2	14	9.6	1	0.7	1	0.7	2	1.4	5	3.4	2	1.4			89	60.5
CARCINOMA BASOCELULAR	4	2.7	16	10.9	2	1.4	1	0.7	3	2											26	17.7
LINFOEPITELIOMA	2	1.4	4	2.7	1	0.7	4	2.7							1	0.7					12	8.2
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	0.7	6	4.1			1	0.7													8	5.4
ADENOCARCINOMA	1	0.7	3	2																	4	2.7
MIELOMA MÚLTIPLE			2	1.4																	2	1.4
SARCOMA OSTEOGÉNICO			1	0.7			1	0.7													2	1.4
CONDROSARCOMA			1	0.7																	1	0.7
MELANOCARCINOMA			1	0.7																	1	0.7
RABDOMIOSARCOMA			1	0.7																	1	0.7
ASTROCITOMA																			1	0.7	1	0.7
TOTAL	12	8.2	89	60.9	6	4.1	21	14.4	4	2.7	1	0.7	2	1.4	6	4.1	2	1.4	1	0.7	147	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

El hallazgo clínico con mayor porcentaje fue el dolor con un 60.9%. Para el Carcinoma Epidermoide fue 36.9% , Carcinoma Basocelular 10.9%, Linfopitelioma 2.7%, carcinoma Mucoepidermoide 4.1%, para Adenocarcinoma 2%, Mieloma Múltiple 1.4%, Sarcoma Osteogénico, condrosarcoma, Melanocarcinoma, Rabdomiosarcoma, Astrocitoma 0.7% respectivamente.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

	LESION EXOFITICA		LESION ULCERATIVA		MACULA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	103	36.4	22	7.8	1	0.3	126	44.5
CARCINOMA BASOCELULAR	64	22.6	33	11.7	1	0.3	98	34.6
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	13	4.6	1	0.3			14	4.9
ADENOCARCINOMA	13	4.6			1	0.3	14	4.9
LINFOEPITELIOMA	13	4.6					13	4.6
SARCOMA OSTEOGENICO	6	2.1					6	2.1
RABDOMIOSARCOMA	4	1.4					4	1.4
MELANOSARCOMA	2	0.7	1	0.3	1	0.3	4	1.4
MIELOMA MULTIPLE	3	1.1					3	1.1
CONTROSARCOMA	1	0.3					1	0.3
TOTAL	222	78.4	57	20.1	4	1.4	283	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

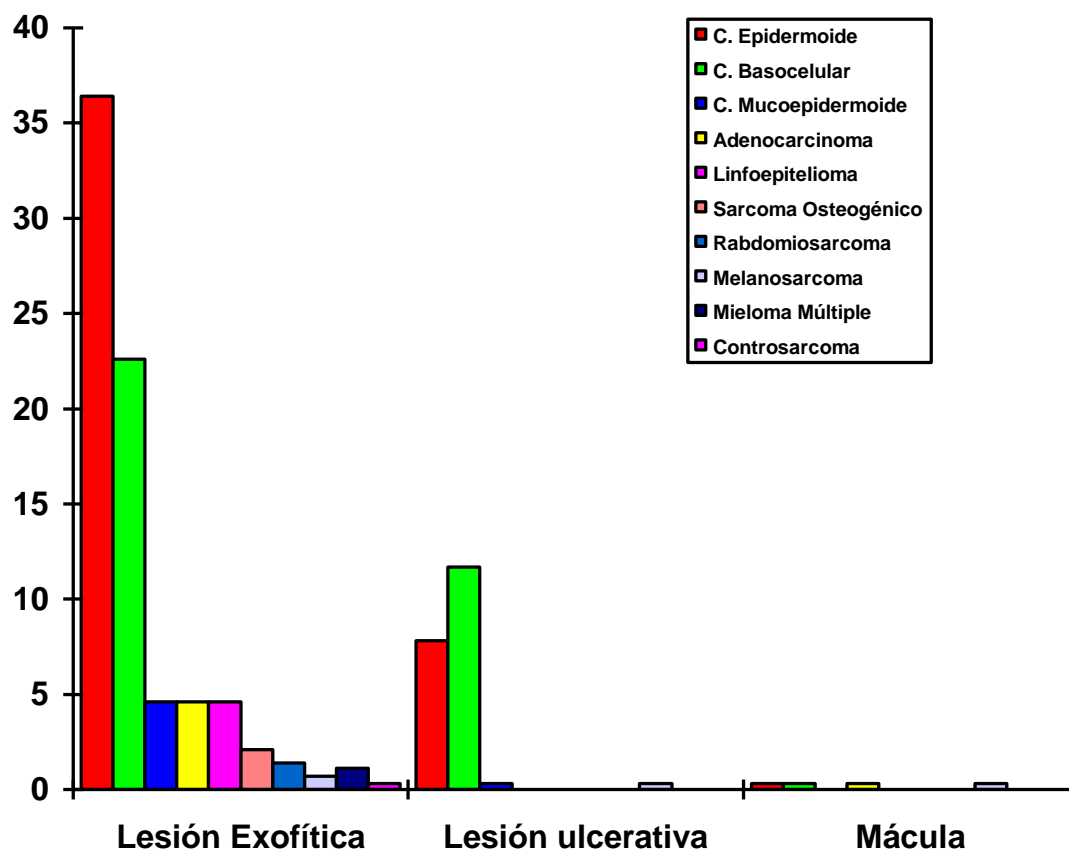
* Se toma como lesión exofítica todo tumor , nódulo o pápula encontrado en los archivos o en los hallazgos clínicos.

NOTA: El total del cuadro no coincide con el total de la muestra , debido a que algunos pacientes presentaban en una misma área varias lesiones básicas o no referían alguna.

La lesión básica mas encontrada fue la exofítica con un 78.4%. Para Carcinoma Epidermoide se encontró un 36.4% , para Carcinoma Basocelular un 22.6%, para Carcinoma Mucoepidermoide, Adenocarcinoma y Linfopitelioma un 4.6% respectivamente, para Sarcoma Osteogénico un 2.1% , para Rabdomiosarcoma un 1.4% para Melanosarcoma 0.7%, para Mieloma Múltiple un 1.1% y para Controsarcoma un 0.3%.

GRAFICA CUADRO No. 7

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION BASICA DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES
REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA
HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.**



CUADRO No. 8

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HABITOS DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.

	ALCOHOL		TABACO		OTROS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	20	15.1	58	43.9			78	59.1
CARCINOMA BASOCELULAR	10	7.6	21	15.9	2	1.5	33	25
LINFOEPITELIOMA	4	3	8	6.1			12	9.1
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	3	2.3	3	2.3			6	4.5
ADENOCARCINOMA			3	2.3			3	2.3
TOTAL	37	28	93	70.4	2	1.5	132	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico de los Hospitales Regionales de Cuilapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Zacapa, Cobán y Chimaltenango; y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta

NOTA: El total de la muestra no coincide con el total de la muestra, debido a que no todos los pacientes presentaban algún hábito al momento de la consulta.

El hábito mas encontrado con relación a pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue tabaquismo con un 70.4% . Para Carcinoma Epidermoide un 43.9% , para Carcinoma Basocelular 15.9%, Linfopitelioma 6.1%, Carcinoma Mucoepidermoide y Adenocarcinoma un 2.3% respectivamente.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	BIEN DIFERENCIADO		MODERADAMENTE DIFERENCIADO		POBREMENTE DIFERENCIADO		INDIFERENCIADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	86	46	47	25.1	29	15.5	4	2.1	166	88.8
CARCINOMA BASOCELULAR	2	1.1	2	1.1	1	0.5			5	2.7
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	3	1.6	1	0.5	1	0.5			5	2.7
LINFOEPITELIOMA			2	1.1	2	1.1			4	2.1
ADENOCARCINOMA					2	1.1	1	0.5	3	1.6
LINFOMA					3	1.6			3	1.6
MELANOCARCINOMA					1	0.5			1	0.5
TOTAL	91	48.7	52	27.8	39	20.8	5	2.7	187	100

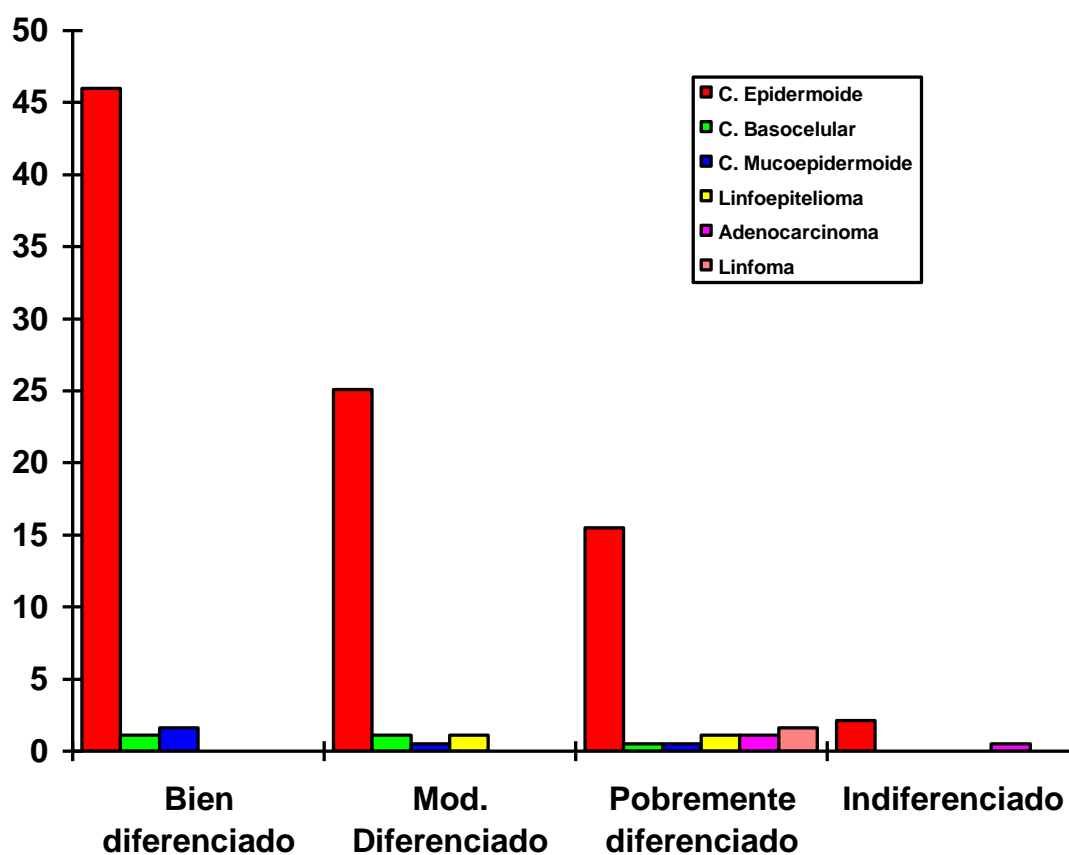
FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

Del total de casos registrados se presentaron varios carcinomas siendo el Epidermoide el más afectado de la siguiente forma: bien diferenciado 46%, moderadamente diferenciado 25.1%, pobremente diferenciado 15.5%, indiferenciado 2.1%

GRAFICA CUADRO No. 9

***DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE
PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN LOS
HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA
HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE
EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 - 1995.***



CUADRO No. 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO Y LOCALIZACIÓN DE PACIENTES CON CARCER DECABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE COBAN, CUILAPA, CHIMALTENANGO, ESCUINTLA, HUEHUETENANGO, MAZATENANGO, QUETZALTENANGO, ZACAPA DURANTE EL PERIODO DE 1986 A 1995.

	Carcinoma Epidermoide		Carcinoma Basocelular		Adenocar- cinoma		Rabdomio- sarcoma		Carcinoma Mucoepi- dermoide		Linfo- pitelioma		Osteosar- coma		Melano- carcinoma		Hemangio- sarcoma		Mieloma Múltiple		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Piel De Cara	55	13.1	161	38.2			2	0.5	1	0.2	5	1.2			2	0.5					226	53.7
Lengua	33	7.8							1	0.2											34	8.1
Piso De Boca	12	2.8			1	0.2	1	0.2	5	1.2	1	0.2									20	4.7
Encía	19	4.5													1	0.2					20	4.7
Piel De Cuello	12	2.8	3	0.7							4	0.5									19	4.5
Paladar	17	4					1	0.2									1	0.2			19	4.5
Parotida	3	0.7			9	2.1			5	1.2					1	0.2					18	4.3
Cráneo	3	0.7	3	0.7	2	0.5					2	0.5	2	0.5					1	0.2	13	3.1
Labio Superior	6	1.4	7	1.7																	13	3.1
Labio Inferior	10	2.4	2	0.5	1	0.2															13	3.1
Amígdala	11	2.6																			11	2.6
Max. Superior	6	1.4									2	0.5	2	0.5							10	2.4
Max. Inferior	2	0.5											3	0.7							5	1.2
TOTAL	189	44.9	176	41.8	13	3.1	4	0.9	12	2.8	14	3.3	7	1.7	4	0.9	1	0.2	1	0.2	421	100

FUENTE: Archivos del departamento histológico del Hospital Regional de Cuilapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

NOTA: El total de este cuadro no coincide con el total de la muestra debido a que no todos los pacientes referían algún síntoma al momento de acudir a consulta.

La localización de la lesión más encontrada fue en piel de cara con un 53.7%. En Carcinoma Basocelular se encontraron 38.2% casos, carcinoma Epidermoide 13.1%, Rabdomiosarcoma 0.5%, Linfopitelioma 1.2%, Melanocarcinoma 0.5% y en carcinoma Mucoepidermoide 0.2%.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de casos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, en los Hospitales Regionales de Cuilapa y Chimaltenango durante el periodo comprendido entre 1986 a 1995 fue de 100 casos en su totalidad, 56 de ellos en el departamento de Cuilapa y 44 en el departamento de Chimaltenango.
2. En Cuilapa el rango de edad mas afectada por neoplasias de cabeza y cuello fue de 51 a 60 años para el sexo femenino (16.1%) y 71 a 80 años para el sexo masculino (20%); en el departamento de Chimaltenango fueron los rangos de edad entre 61-80 años (25%) para ambos sexos .
3. Para el departamento de Cuilapa se encontraron afectados en la misma proporción el sexo femenino y masculino con un 50% y para el departamento de Chimaltenango fue el sexo femenino el mas afectado con un 63.6% por neoplasias de cabeza y cuello.

4. El grupo étnico mas afectado por neoplasias de cabeza y cuello es el ladino con un 88% del total de casos reportados en ambos departamentos.
5. Las lesiones exofíticas fueron la apariencia clínica mas comúnmente reportada, representando un 69.6% del total para ambos departamentos.
6. Los hábitos mas frecuentemente reportados, relacionados con cáncer de cabeza y cuello fueron tabaco y alcohol , siendo el tabaco el referido con mas frecuencia de los dos.
7. El tipo de neoplasia maligna de cabeza y cuello que afecta con mayor proporción a la población fue el carcinoma Epidermoide para el departamento de Cuilapa con un 35% y en el departamento de Chimaltenango con un 41.9%.
8. La localización mas frecuente de neoplasias de cabeza y cuello fue en piel de cara: para el departamento de Cuilapa un 54.4% y para el departamento de Chimaltenango un 65%. Intraoralmente la localización mas frecuente fue en lengua en el departamento de Cuilapa (10.5%) y en el departamento de Chimaltenango fue en paladar (9.3%).

9. La mayoría de personas de sexo masculino afectadas por cáncer de cabeza y cuello son agricultores (29%), y los pacientes femeninos son amas de casa (50%), siendo esta la ocupación de mayor frecuencia reportada en el total de casos registrados.
10. El dolor (51.8%), es el hallazgo clínico encontrado con mayor frecuencia en pacientes afectados por cáncer de cabeza y cuello, en ambas poblaciones.
11. El tratamiento de elección en Cuilapa fue la cirugía (57%) y en el departamento de Chimaltenango fue la radioterapia (45%).
12. En el departamento de Cuilapa el grado de diferenciación con mas frecuencia fue grado I (bien diferenciado) con un 64.7% y en el departamento de Chimaltenango fue el grado II (moderadamente diferenciado) con un 44%.

RECOMENDACIONES

- 1.** Sería de gran utilidad el incorporar la información obtenida de esta investigación, en el pensum de estudios, para que el futuro Odontólogo tenga una imagen mas real de lo que se presenta en nuestra población.
- 2.** Proyectar esta información a la Facultad de Odontología y a los Odontólogos para crear campañas encaminadas a prevenir y no solo a diagnosticar lesiones cancerosas de cabeza y cuello.
- 3.** Se recomienda efectuar estudios posteriores que relacionen causa- efecto, para ampliar el conocimiento que se tiene sobre la patología oral en nuestra población guatemalteca.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Se encontró como mayor limitación de esta investigación la falta de información debido a la deficiencia en la evaluación del paciente al momento de hacer su ingreso al Hospital. Esta deficiencia se vió reflejada en anotaciones incoherentes, confusas y muchas veces poco confiables; lo cual dificultó la recopilación, tabulación y análisis de la información obtenida.

ANEXOS

FICHA PARA REGISTRO DE DATOS

Archivo del departamento de Patología del Hospital:

Edad:

Sexo:

Etnia: Indígena: Mestizo: Ladino:

Lugar de procedencia:

Ocupación:

Hábitos:

a. Consume tabaco: SI NO Consumió anteriormente: SI NO

años de fumar: Promedio de cigarrillos al día:

b. Consume alcohol: SI NO Consumió anteriormente: SI NO

años de consumir:

Antecedentes Familiares:

Enfermedades Sistémicas

Datos de la lesión:

lesión básica: Ulcera: Tumor:

Asociación a piezas dentarias:

Vital: No vital:

Localización anatómica de la lesión:

Cabeza:

Región parietal:

Región temporal:

Región frontal:

Región occipital:

Cara:

Tercio superior:

Tercio medio:

Tercio inferior:

Cavidad bucal:

Labios Superior:

Lengua: Dorso:

Inferior:

Bordes:

Base:

Piso de la boca:

Encía y reborde alveolar: posterior:

Anterior:

Área retromolar:

Paladar duro: Paladar suave:

Mucosa de carrillo: Tuberosidad:

Cuello:

Región anterior: izquierda derecha:

Región posterior: izquierda derecha:

Síntomas dominantes:

Dolor: Fiebre: lesión en piel:

Hemorragia: Disfagia: Cambio en lunares:

Supuración: Disfonía: Ninguno:

Resultados de otros exámenes:

Histológico:

Radiológico:

Patológico:

Otros:

Tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la consulta medica:

1-30 días 1-2 meses 3-6 meses

7-12 meses 1-2 años 3 años o más

Diagnóstico clínico:

Diagnóstico Histopatológico:

Tratamiento:

Cirugía:

Radioterapia:

Quimioterapia:

Inmunoterapia:

Otros:

Completó el tratamiento:

Rehusó el tratamiento:

Ningún tratamiento:

No se sabe:

Otros:

INSTRUCTIVO PARA LLENAR FICHA CLINICA

Se procedió a recabar los datos en la ficha de recolección anotándolos con los parámetros utilizados, de la siguiente manera:

1. Nombre del paciente: nombre del paciente registrado en los expedientes del hospital.
2. Edad: se anotó en el espacio correspondiente a este parámetro, la edad cronológica anotada en la ficha del paciente al que se le efectuó el examen clínico e histopatológico.
3. Sexo: Se anotó F para el sexo femenino y M si es masculino.
4. Procedencia: se anotó la región del país de donde proviene el paciente.
5. Ocupación: se anotó la ocupación del paciente citada en la ficha al momento de hacer el examen.
6. Hábitos: se anotó los hábitos referidos en la ficha del paciente, si ingieren alcohol o consume tabaco y la forma de hacerlo.
7. Otros hábitos: Se anotó cualquier otro habito.
8. Antecedentes familiares: Se anotó los antecedentes referidos en la ficha clínica del paciente.

9. Enfermedad sistémica: se anotó cualquier enfermedad sistémica referida en la ficha clínica del paciente.
10. Datos de la lesión:
- a. Tamaño de la lesión: se anotó si es úlcera o tumor de tamaño variable.
 - b. Síntomas y signos: se anotó una X en el espacio correspondiente a el o los síntomas y signos anotados en la ficha o referidos por el paciente.
 - c. Tiempo transcurrido: entre la aparición de síntomas y la consulta médica, se anotó con una X en el espacio correspondiente.
 - d. Diagnóstico clínico: se anotó el diagnostico que se encuentra registrado en la ficha clínica.
 - e. Diagnóstico histopatológico: se anotó el diagnostico histopatológico de la biopsia de la lesión.
 - f. Localización: se anotó con una X la localización correspondiente.
 - g. Otros exámenes: se anotó el o los exámenes que se le han efectuado al paciente y los resultados del mismo.
 - h. Tratamiento: Se anotó el o los tratamientos realizados en el espacio correspondiente.
 - i. Estado de egreso: Se anotó con una X en el espacio correspondiente el estado del paciente a su egreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio Avendaño, Rudy Eduardo.-- Distribución y frecuencia de los tumores de tejido óseo benignos y malignos de los huesos maxilares reportados de los pacientes de los Hospitales Roosevelt e INCAN de 1975 a 1980. Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1983.-- 54 pp.
2. Beeson, P.-- Cecil textbook of medicine / P. Benson, W. McDermont, J. B. Wyngaarden.-- 5th. ed. -- Philadelphia : Saunders, 1979.-- v. II pp. 1684 -1688, 1889 - 90.
3. Bhaskar, S. N.-- Patología Bucal.-- Buenos Aires : El Ateneo, 1971.-- pp. 465 - 468.
4. Brightman, Vernon J.-- Lesiones blancas de la mucosa bucal.-- pp. 5-120.-- En: Medicina Bucal de Burket: diagnóstico y tratamiento / Malcom A. Lynch, Vernon J. Brightman, Martin S. Greemberg, Editores ; Trad. por Jorge Origaza S.-- 9ª ed.-- México : McGraw - Hill. Interamericana, 1996.
5. Chabner, Bruce A.-- Principios del tratamiento del cáncer.-- 1236-1240.- - En : Cecil tratado de medicina interna / James B. Wyngaarden, Lloyd H. Smith, editores ; trad. por Jorge Blanco y Correa Magallanes... [et al.].-- 18ª ed. -- México : Interamericana McGraw - Hill, 1991. Tomo I.
6. Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología.-- CIE - AO.-- 2a. ed.-- Washington : Organización Panamericana de la Salud.-- 1985. pp. 9 - 12.
7. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica / Robert Berkow, Director ; trad. por José M. Alcover González... [et al.].-- 8ª ed.-- Barcelona : Ediciones Doyma, 1989.-- pp. 1341 - 1345.
8. Fuentes Escobar, Francisco Fernando.-- El cáncer oral en Guatemala, estudio de los últimos diez años de los casos reportados en el INCAN,

IGSS, Hospital General San Juan de Dios, Roosevelt, y Facultad de Odontología Tesis (Cirujano dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1981.-- pp. 164.

9. Gardner, A.-- Pathology in dentistry oral manifestations of systemic diseases. -- Springfield : Charles C. Thomas, 1979.-- pp. 134.
10. Giunta, John L.-- Patología bucal / John L. Giunta ; trad. por Ana Maria Perez Tamayo.-- 3ª ed.-- México : Interamericana McGraw - Hill, 1991.-- pp. 100 - 120.
11. Gorlin R. J.-- Thoma Patología oral / R. J. Gorlin ; trad. por J. Viñas.-- Barcelona : Salvat Editores, 1983.-- pp. 116-119.
12. Holleb, A. I.-- Clinical Oncology / A. I. Holleb, D. J. Fink, G. P. Murphy.-- Atlanta : American Cancer Society. 1991.-- pp. 617-642.
13. Instituto Nacional de Cancerología.-- Boletín informativo del registro de Cáncer 1989-1990.-- Guatemala, INCAN, 1989-1990.-- pp. 1-6.
14. López Acevedo, César Francisco.-- Anatomía e histología clínica de la cavidad oral.--1969. -- Rev. ALAFO 4: 103-119.
15. _____Manual de patología oral.-- Guatemala, Editorial Universitaria, 1984.-- pp. 12-20. (Colección Aula No.16).
16. Organización Mundial de la Salud.-- Tipos histológicos de tumores orales y orofaríngeos. (Clasificación histológica internacional de tumores. No. 4).-- Ginebra : OMS., 1977.-- pp. 24-27.
17. Regezi, Joseph. A.-- Patología bucal / Joseph A. Regezi ; trad. por Sonia Schneider Rivas, Manuel Antonio Palacios.-- 2ª. ed. México : Nueva Editorial Interamericana, 1991 -- pp 354-359
18. Robbins, Stanley. L. -- Patología estructural y funcional / Stanley L.

Robbins, Ranzi S. Cotran, Vinar Kumar ; trad. por Joaquin Valero Oyarzabal... [et al.].-- 3ª ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1988.-- pp 220-230.

19. Rubin, P.-- Oncología clínica para estudiantes de medicina y odontología / P. Rubin, O. Salazar, H. Castrovita.-- New York : American Cancer Society, 1978.-- pp. 178.
20. Smith, A. L.-- Microbiology and pathology.-- Saint Louis : Mosby. 1976. -- pp. 178.
21. Thoma, K. H.-- Oral pathology.-- 6th ed.-- Saint Louis : Mosby.-- 1970.-- pp.576.
22. Tiecke, R.-- Oral pathology.-- New York : McGraw Hill, 1965.-- pp. 98.
23. Tratado de patología bucal / William G. Shafer... [et al.] ; trad por Maria de Lourdes Hernández Cázares.-- 4ª ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- pp. 113-127, 252- 254.
24. Tumors of the cavity and pharynx / Malcom B. Dockerty... [et al.].-- Washington : Armed Forces Institute of Pathology, 1968. -- pp. 135 - 146.
25. United States Department of Health, Education and Welfare.-- Management guidelines for head and neck cancer.-- Maryland : Nacional Center Institute Editions.-- 1979.-- pp. 1-25.

El contenido de esta Tesis es única y exclusiva responsabilidad del Autor

Elena Beatriz Mack Echeverría

Elena Beatriz Mack Echeverría

Sustentante

Dr. Miguel Arriaga Franco

Asesor

Dr. Henry Cheesman Mazariegos

Comisión de Tesis

Dr. Jorge Avila Morales

Comisión de Tesis

Imprímase:

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

Secretario General